

Contribution à l'Etude
de la
" Mamelle Saignante "

■

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 27 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René CHAIZE

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 16 Avril 1914 à Biviers (Isère)



LYON

IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIERE, 71

—
1939

Contribution à l'Etude
de la
"Mamelle Saignante"

Contribution à l'Etude
de la
Mamelle Saignante "



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 27 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René CHAIZE

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 16 Avril 1914 à Biviers (Isère)



LYON

IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIERE, 71

—
1939

A MES AMIS

AU DOCTEUR MAURICE FERRAND

Compagnon fidèle de quatre années
de travail.

AU DOCTEUR HENRI FOURNIER

Pendant toutes nos études il a été
l'aîné qui montre le chemin. Ses
conseils m'ont été précieux.

Qu'il me permette de lui dire ici
toute ma reconnaissance et mon af-
fectueux respect.

AU DOCTEUR JEAN MATTEI

Ses leçons sont de celles que l'on
n'oublie pas.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Associé National de l'Académie de Médecine,
Professeur Honoraire de Clinique Chirurgicale,
Officier de la Légion d'honneur.*

Pendant trois ans, nous avons suivi son enseignement magistral. Nous avons grandement apprécié ses leçons si claires, si précises. Aujourd'hui, il nous fait le grand honneur de présider cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression sincère de notre reconnaissance et de nos sentiments respectueux.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

*Professeur de Chirurgie opératoire,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous le remercions pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé, et les documents qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

Chirurgien des Hôpitaux.

Il a bien voulu nous conseiller ce sujet pour notre thèse, et nous guider dans l'élaboration de ce travail. Nous le remercions d'une si grande marque de bienveillance, qui s'ajoute à tant d'autres témoignées pendant notre stage dans son service, et notre plus grande joie serait qu'il ne fût pas trop déçu par son interprète.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE ROUGEMONT

Chevalier de la Légion d'honneur.

Avec notre vive gratitude et nos sentiments de très profond respect.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL WORMS
Directeur de l'Ecole d'Application
du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CRISTAU
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DESGENETTES
ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A NOS CHEFS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Malgré les progrès réalisés dans la connaissance des affections de la mamelle, il existe encore beaucoup de lacunes troublantes pour l'esprit du chirurgien. Une de ces lacunes est sans doute l'incertitude concernant la signification clinique de la « mamelle saignante ».

Que faut-il entendre par « mamelle saignante » ? Nous pensons, avec Salmon, qu'il faut prendre le mot dans le sens le plus large et l'étendre à tous les écoulements cliniquement ou microscopiquement sanguins, qu'ils soient formés de sang pur, de liquide séro-hématique, ou même seulement séreux. Souvent, un suintement séreux précède l'hémorragie, ou alterne avec elle, et il ne semble pas qu'il faille l'en séparer.

Il n'y a pas d'attitude universellement adoptée en présence de ce symptôme, les auteurs s'accordent seulement pour dire qu'il traduit le plus souvent l'exis-

HISTORIQUE

L'hémorragie par le mamelon était déjà connue des anciens, qui en donnaient une interprétation plutôt mystique. La constatation d'écoulement de sang par le sein était considérée comme diabolique ou, en tout cas, comme le présage d'un événement malheureux pour la femme ou pour sa famille.

Le premier cas est noté par Hippocrate dans ses « Aphorismes » : *Quibus cumque mulieribus ad mammas sanguis colligitur, furorem significat.*

Le second fait est cité par Ambroise Paré (1567), dans une laconique observation : « La femme de Pierre Le Fèvre, vendeur de fer, demeurant à Châteaudun, rend ses menstrues par les mamelles avec une telle quantité que tous les mois elle gâte trois ou quatre serviettes. »

Van der Wiel dans ses « Observations de Médecine » raconte le fait suivant : « La supérieure d'un hôpital, âgée de 40 ans, maigre et mince, d'un tempérament bilieux et colérique, se trouva l'an 1644 si fort en colère pendant qu'elle avait ses règles, que le sang remonta par tout le corps et passa par les mamelons. J'y fus appelé et je la fis saigner du pied sur-

le-champ pour rappeler le sang par les voies ordinaires, ce qui réussit parfaitement bien, et elle revint en santé. »

Un quatrième fait est rapporté dans le « Recueil » de Carré de Montgeron, sur les miracles du Diacre Paris. Il est relatif à une demoiselle Coirin, hystérique avec symptômes multiples, qui fut affectée d'hémorragies par le « bout du sein » au cours d'une poussée d'œdème bleu localisé à cet organe.

Les auteurs du XVIII^e siècle rapportent des observations à peu près analogues. Mais à cette époque, le vitalisme fait sentir son influence sur les théories ; c'est ainsi que Stahl, dans un traité « De mensium viis insolitis » fait intervenir l'âme dans la production de ces hémorragies. Après lui, Hoffmann (1748), Cullen, subissent aussi l'influence de ces doctrines. Cazenave ne voyait là qu'un phénomène de reflux.

Au XIX^e siècle, ces phénomènes intéressent les grands psychiatres. Pinel, en 1817, observa une jeune fille qui « dès l'âge de onze ans, éprouva des accès d'hystérie, suivis d'un vomissement de sang, et plus tard d'hémorragies par des vésicules apparaissant sur les jambes, la face, l'abdomen. Trois fois l'écoulement insolite se fit jour par le sein gauche. »

Magnus Huss, en 1856, rapporte une observation dans laquelle les hémorragies mammaires, survenues chez une malade qui avait déjà présenté des hémorragies spontanées du cuir chevelu et du pubis, se faisaient non par les orifices glandulaires mais par la racine de quelques poils autour du mamelon gauche.

Chipault, près de la fin du siècle, publie l'observation d'une malade, hystérique, d'une quarantaine d'années, qui présenta à plusieurs reprises des hémorragies spontanées au niveau du sein droit, alternant avec des épistaxis, des hématoméses, et coïncidant avec un arrêt de règles en dehors de toute grossesse.

« Mais ces faits, plus ou moins anciens et variés, ne sont que des manifestations hystériques. Ils prouvent simplement que chez les hystériques peuvent se produire dans la région mammaire, à côté du raptus congestif et de l'ecchymose spontanée, de véritables hémorragies avec écoulement de sang à l'extérieur. » (Chipault.)

Il faut arriver au milieu du XIX^e siècle pour voir les hémorragies du mamelon intéresser le clinicien et l'anatomo-pathologiste. Velpeau et Reclus, observateurs attentifs des lésions, ont vu dans l'écoulement de sang par le mamelon, quelque chose de plus qu'un simple trouble fonctionnel de la glande mammaire.

Richard, le premier, en 1852, dans la « Revue médico-chirurgicale de Paris », considère qu'en l'absence de traumatisme grave, l'écoulement de sérosité sanguinolente ou de sang par le mamelon est un symptôme pathognomonique des tumeurs bénignes, des tumeurs adénoïdes, et un signe diagnostique d'une grande valeur puisqu'il servirait à différencier les tumeurs non cancéreuses des véritables cancers. « En somme, dit-il, l'écoulement par le mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle. Et son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein. »

Velpeau, en 1854, dans son « Traité des maladies du sein », sans rejeter ces conclusions, montra qu'il n'y avait pas à leur accorder trop de confiance. Avec Lebert, Boyer, Bérard, il a observé plusieurs fois cet écoulement chez des malades atteintes de cancer de la mamelle, et il affirmait même l'avoir vu plus souvent dans le squirrhe et l'encéphaloïde que dans les tumeurs bénignes. Il concluait en disant qu'il faut d'une manière générale rapporter l'écoulement à la dilatation ou à l'irritation de certains galactophores troublés dans leurs fonctions par la présence de tumeurs, quelles qu'en soient la nature ou l'espèce, développées dans le tissu mammaire.

Nélaton, en 1857, donne à ce signe une grande valeur pour le diagnostic des affections du sein ; mais comme Velpeau il fait remarquer qu'on le rencontre aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes.

Labbé et Coyne attirent l'attention des chirurgiens sur les lésions mammaires susceptibles de provoquer un écoulement de sang par le mamelon dans leur ouvrage classique « Tumeurs bénignes du sein » paru en 1876. Ce sont les « végétations papillaires intracanaliculaires » qui sont le plus souvent en cause. Peu après, Cornil et Ranvier décrivent les mêmes lésions et les appellent « carcinomes villeux », sans vouloir faire entendre par là qu'il s'agisse de tumeurs malignes. Pillet propose plus tard le terme « épithélioma intracanaliculaire », terme que Lecène et Galtier trouveront impropre, risquant « d'évoquer à l'esprit

des chirurgiens une notion de malignité qui est loin d'être évidente ».

En Angleterre, Bowlby, Williams (1893), Bilton-Pollard (1896), Battle, Robinson, Barker étudient aussi ces tumeurs, et les rangent parmi les cancers (villous duct cancer).

En Allemagne, Sasse, Schimmelbruch, Roloff von Saar, Wolf, et beaucoup d'autres, décrivent cet écoulement qui peut survenir dans l'affection nommée par eux « cystadénome du sein », et qui n'est autre chose que la maladie de Reclus.

Récemment, la question des écoulements par le mamelon a été remise à l'ordre du jour. Depuis une trentaine d'années, en effet, de nombreux travaux ont paru tant en France qu'à l'étranger ; les opinions les plus diverses ont été émises à ce sujet. Nous en donnerons un bref résumé dans le chapitre suivant.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

Parcourant la littérature contemporaine, nous nous rendrons compte de la discordance qui règne en ce qui concerne surtout la signification clinique de la « mamelle saignante », et la conduite thérapeutique.

Les chirurgiens allemands se sont beaucoup occupés de l'écoulement de sang par le mamelon. Weisshaupt, Moraller, et Fischer, en 1918, étudient ce symptôme, mais surtout Pribram, en 1921, dans un travail important, décrit comme cause habituelle de la mamelle saignante (blutende mamma) le cysto-épithélioma. Il le regarde comme relativement bénin, en ce sens qu'il donne seulement des récidives *in situ*, mais il conseille néanmoins l'ablation du sein. Klose va plus loin, sur 9 cas de « mamelle saignante » dont 3 sans tumeur cliniquement appréciable, il n'a trouvé que des lésions histologiquement cancéreuses, et il pense que tout écoulement de sang par le mamelon est l'indice sinon d'un cancer avéré, tout au moins de « lésions précancéreuses » susceptibles de dégénérer. L'écoulement de sang par le mamelon apparaît pour lui comme un « symptôme d'alarme », comme « l'aver-

tisseur d'une malignité qui menace ». Aussi estime-t-il qu'il constitue une indication formelle de l'opération radicale : amputation du sein et curage de l'aisselle. Gronwald, Scherwitz se sont récemment rangés à cette opinion ; d'après leurs observations le cancer est en cause dans 31 % des cas, et ils concluent : « l'écoulement de sang doit faire penser à une dégénérescence maligne et par conséquent l'amputation s'impose ». L'école de Vienne, au contraire, avec Erdheim, Rissak, soutient que l'hémorragie mammaire n'est qu'un symptôme habituellement bénin pouvant relever de causes très diverses, ne nécessitant qu'un traitement chirurgical conservateur. Alors que Klose se tranquillise en enlevant largement le sein, et ne s'inquiète pas de la mutilation, Erdheim cherche à obtenir la guérison avec la plus petite opération, la moins mutilante. Borchardt, Kuthe ne voient aussi dans la « mamelle saignante » qu'une affection bénigne qui n'est ni du cancer, ni du précancer. L'ablation locale de la petite tumeur est suffisante, et ce n'est qu'exceptionnellement que des lésions malignes, découvertes à l'examen histologique, obligeront à ré-intervenir secondairement. La question a été discutée au Congrès de chirurgie de Berlin (1927) sans que l'on fût arrivé à un point de vue unitaire.

En Russie, « le catarrhe de la mamelle » fait l'objet de deux communications de Mintz aux Congrès des chirurgiens russes, de 1910 et 1911. Pour cet auteur, l'écoulement séreux et l'écoulement sanguinolent dépendent d'un seul et même processus dans la glande, consistant en une prolifération à caractère

fibro-épithélial dans les lobules et dans les canaux excréteurs, mais sans aucun caractère inflammatoire. Et il ajoute : « toutes les fois qu'un écoulement séreux de la glande mammaire devient sanguinolent, c'est l'indice que l'involution de la glande se fait vers un type anormal, et en pareil cas on ne peut savoir sous quelle forme se fera la prolifération épithéliale, d'où nécessité d'amputer le sein. Quelques années plus tard, Issershon confirme les affirmations de Mintz.

L'école italienne, avec Dogliotti, préconise déjà en 1925 l'amputation du sein dans les cas d'hémorragie par le mamelon. Cazzamali est moins radical ; il se contente d'une simple excision, ou de l'énucléation sous-cutanée de la masse glandulaire suspecte, réservant l'amputation du sein aux femmes âgées. Taddei, Vernicchi, Bortini, en 1937, estiment que l'écoulement de sang par le mamelon relève le plus souvent d'une tumeur endocanaliculaire, bénigne dans le début de son évolution, mais devenant rapidement maligne. Et pour eux, seul un traitement chirurgical généreux peut avoir une efficacité prophylactique.

En Amérique, Deryl Hart en 1927, comme Lecène en France, se basant sur une étude de 124 cas d'hémorragies mamelonnaires, estime que ce signe est le plus souvent dû à une tumeur bénigne, et que dans un nombre beaucoup trop élevé de tumeurs bénignes on a pratiqué des opérations hors de proportion avec la nature de l'affection. Adair, trois ans plus tard, confirmait cette manière de voir ; sur 108 cas observés, il a rencontré 52,8 % de tumeurs bénignes et 47,2 % de tumeurs malignes. Stovers estime, au con-

traire, qu'un écoulement de sérosité ou de sang par le mamelon avec ou sans tumeur perceptible doit être traité par la mastectomie, car les papillomes multiples, qui sont le plus souvent en cause, peuvent devenir malins.

Hicken, Russel, Best et Hunt, en 1937, apportent à l'étude de la « mamelle saignante » un nouveau procédé d'examen, la mammographie, qui pour eux serait d'un gros intérêt pour la conduite du traitement. En effet, si, d'après ces auteurs, l'image mammographique ne montre qu'un seul papillome, il suffit de faire son excision ; mais si les papillomes sont nombreux, il faut amputer le sein. Cette méthode toute nouvelle, presque inconnue en France, donnera peut-être d'excellents résultats, puisqu'elle permettrait de poser un diagnostic précis, mais elle est encore à l'étude, et nous ne pouvons juger de ses résultats.

En France, les travaux ne sont pas moins nombreux. Dès 1908, Cabanes affirmait qu'il fallait considérer l'écoulement par le mamelon comme un signe impératif d'amputation du sein. Delbet, dans le « Traité de chirurgie » de Duplay et Reclus, et dans la thèse de son élève Krzypow admet que ce signe se rencontre dans une variété de tumeurs dont la malignité, bien qu'atténuée, commande l'amputation du sein. En 1928, dans une leçon, faite à l'hôpital Cochin, sur les épithéliomas intracanaliculaires, il concluait : « Je persiste dans la règle que j'ai formulée, lorsqu'une malade présente par le mamelon un écoulement de sang il faut considérer qu'elle a un épithélioma dendritique intracanaliculaire, et faire aussi rapidement

que possible l'amputation du sein. » Blanc, en 1928, estimant que l'écoulement sanglant est un signe de précancer, préconise, lui aussi, l'amputation, car il « vaut mieux être trop large que trop parcimonieux ». Ducuing, en 1931, dans la thèse de Marie Fournier, affirme que toute hémorragie par le mamelon est grave, et toute « mamelle saignante » doit être traitée par un Halsted typique. Sur 17 observations d'hémorragies mamelonnaires, en effet, il a rencontré 8 cancers, 3 maladies de Reclus dégénérées.

En 1932, Laroyenne, Bouget et Rousset, à Lyon, rapportent à la Société d'obstétrique et de gynécologie un cas d'hémorragies mammaires par adénomes diffus intracanaliculaires. Ils ont pratiqué une amputation du sein, et estiment que c'est la meilleure technique. En effet, pour eux l'absence de tumeur à la palpation est une raison de faire l'amputation du sein, surtout chez la femme jeune, parce que seule cette cure radicale permet une confiance à peu près absolue en l'avenir.

Mais beaucoup de chirurgiens ont trouvé cette doctrine interventionniste trop radicale ; rattachant l'hémorragie par le mamelon à des tumeurs bénignes, ils préfèrent les interventions conservatrices. Lecène et Galtier, en 1928, trouvent tout à fait excessif de vouloir traiter toujours par l'amputation du sein, les affections s'accompagnant d'hémorragies par le mamelon. Ils insistent sur l'opportunité d'une technique conservatrice, car dans 90 % des cas il s'agit de tumeurs végétantes intracanaliculaires, affection béli-

gne évoluant très rarement vers la malignité. Hamant et Corret soutiennent une opinion analogue.

L'école lyonnaise se range également aux côtés de Lecène et Galtier. Le Professeur Villard estime que l'on a beaucoup exagéré la valeur pronostique des écoulements sanguins par le mamelon en les considérant comme un signe de malignité. Dans les cas où la lésion siégeait sous l'aréole, il a toujours eu recours à l'ablation très limitée, soit par simple excision, soit par résection cunéiforme de la portion de la glande où se trouvait la tumeur. Jamais il n'a eu à réintervenir, jamais il n'a observé de récidives. En 1935, le Professeur agrégé Rochet vantait les avantages esthétiques de l'incision pérिमamelonnaire dans les interventions conservatrices, sans être cependant aussi catégorique que Lecène et Galtier. « On ne fait cependant pas cette conservation sans une petite arrière-pensée. Dans les cas typiques, cliniquement et opératoirement, les faits ont justifié ces opérations partielles surtout chez les femmes jeunes. Mais chez les femmes âgées, et s'il y a doute il vaut mieux enlever la glande mammaire et même pratiquer un curage de l'aisselle, car une dégénérescence néoplasique au début est impossible trop souvent à déceler par la clinique ou même par un simple examen macroscopique. » Le Professeur Tixier a souvent pratiqué des interventions conservatrices, lorsque la tumeur est sous-aréolaire, bien limitée ; il a eu de très bons résultats, mais il insiste sur la nécessité d'opérer ces malades dès que le diagnostic est posé, car on peut toujours redouter, chez elles, l'apparition d'un can-

cer. Il rappelle le cas d'une femme de 50 ans, chez qui on différa l'intervention, et qui un an plus tard présentait une généralisation cérébrale.

Meyer, en 1932, critiquant la manière de voir de Laroyenne, dit : « Il me répugne de faire l'amputation du sein chez une femme jeune sans avoir un diagnostic précis ou du moins douteux. Et j'aurai des remords l'ayant fait, quand après coup, j'apprendrais que l'affection est bénigne. » Il estime nécessaire, dans les cas douteux, de faire ce qu'il appelle une « laparotomie exploratrice du sein ». Lorsque la palpation ne révèle aucune tumeur, il pratique l'évidement du sein par une incision large sous-mammaire, opération bénigne, et qui donne à l'anatomo-pathologiste un vaste champ d'investigation, qui conduira à un diagnostic sûr, d'une part pour pouvoir amputer à temps, mais d'autre part aussi pour éviter dans bien des cas la mutilation inutile de la poitrine de la femme.

Lejars, dans la thèse de son élève Dupuy, trouve illogique lui aussi de faire systématiquement l'amputation du sein, dans les affections s'accompagnant d'écoulement sanglant. Il se rappelle avoir proposé l'amputation du sein à une malade d'une quarantaine d'années, présentant des hémorragies mamelonnaires isolées. La malade ayant refusé l'intervention, « depuis 7 ans, ces écoulements ont persisté, aucune tumeur ne s'est développée, et la malade se félicite de son refus ». Remarquons que ce fait isolé ne prouve rien, dans 9 autres cas peut-être y aurait-il eu évolution maligne. Il n'existe pas de règle absolue en clinique, et sur un cas il est impossible de se faire

une opinion. Lejars signale d'ailleurs des cas où l'évolution fut malheureuse.

Devant un sein saignant, tous les auteurs reconnaissent aujourd'hui que l'abstention thérapeutique est dangereuse, car dans ce sein il se passe quelque chose d'anormal. Mais si les uns préconisent systématiquement l'amputation large de la glande mammaire, alors que d'autres se contentent d'une intervention conservatrice, c'est que tous veulent faire de la « mamelle sanglante » un véritable syndrome. L'écoulement séro-sanguinolent ou sanglant du mamelon n'est qu'un symptôme, qui se rencontre dans des affections diverses. C'est la clinique et le diagnostic étiologique qui doivent dicter la conduite thérapeutique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

I. — L'ÉCOULEMENT

La malade vient consulter parce qu'à plusieurs reprises elle a constaté la présence d'une tache de sang sur sa chemise, au niveau du mamelon. L'écoulement apparaît le plus souvent spontanément, quelquefois à la suite d'un traumatisme minime. Il est des cas cependant où il ne se produit qu'à la pression du sein (Observations XXIII, XXVI, XXXVIII). Ordinairement unilatéral, il peut cependant se voir au niveau des deux seins (Observation LIII), soit simultanément, soit successivement.

Son aspect varie du sang presque pur à la sérosité légèrement rosée, ou même du liquide séreux, jaunâtre, couleur de bière, au liquide lactescent plus ou moins épais. Exceptionnellement, on peut voir des écoulements puriformes. On a beaucoup discuté sur les renseignements que l'on pouvait tirer de la nature du liquide qui s'écoule du mamelon. Pour Baumgartner, Mintz, l'écoulement séreux serait dû le plus souvent à une mastite ; pour Kirmisson, à une mastite chronique ou à une maladie de Reclus, et l'apparition de sang serait un signe de transformation mali-

gne. Cette règle paraît trop absolue, chez quatre de nos malades (Observations V, VII, XII, XLVII), l'apparition de sang après un écoulement séreux, persistant depuis 12 ans chez l'une d'elles, ne coïncida pas avec une transformation maligne. Remarquons d'ailleurs que souvent l'écoulement séreux alterne avec le suintement sanglant ; d'autre part, fréquemment, la pression fait sourdre d'abord un peu de sérosité, et ce n'est que si l'on persiste que l'on voit apparaître du sang (Observations XXIX, XXXIII). Pour Delbet, « tout le groupe des écoulements séreux ou séro-purulents plus ou moins clairs, plus ou moins opaques, est sans intérêt pour le diagnostic. Quant aux écoulements de sang pur, ils doivent faire porter le diagnostic d'épithélioma dendritique intracanaliculaire ». Il ne faut pas être aussi catégorique, Stovers disait que l'écoulement puriforme peut être dû aussi bien à une hyperplasie épithéliale desquamative kystique qu'à un cancer. Niels Liedberg fait remarquer que l'écoulement de sang se voit aussi dans la maladie de Reclus. Considérer l'écoulement sanglant toujours en rapport avec une tumeur intracanaliculaire ou un cancer, et l'écoulement séreux comme dû à une mastite kystique serait une grave erreur. *Les différents types d'écoulement ont la même valeur*, et d'après nos 53 observations, on ne peut faire aucune discrimination.

Variable par son aspect, l'écoulement mamelonnai-
re l'est aussi par son abondance. Le plus souvent, il s'agit d'un suintement minime, ou même seulement de quelques gouttes tachant légèrement la chemise

de la malade, mais il peut être très abondant. Reverdin et Mayor rapportent un cas où la malade devait porter un pansement. Ces cas sont exceptionnels.

Il peut être continu, Ros cite le cas d'une femme chez qui il dura dix ans sans interruption ; chez une de nos malades (Observation XXVIII), il fut continu pendant 8 mois. Mais la plupart du temps il est intermittent, apparaissant à intervalles plus ou moins éloignés, fixes ou variables, durant quelques heures, plusieurs jours ou même plusieurs semaines. Dans de nombreux cas il est en rapport avec la menstruation, soit qu'il ne se produise qu'à ce moment (Observations X, XVII, XXI, XLIII), soit qu'il devienne plus abondant ou souvent plus riche en sang (Observations XX, XXII, XXVIII, XXIX, XLVII). Ce fait s'explique aisément : constituant un processus physiologique l'hyperémie, au moment des règles, devient prépondérante et se transforme en hémorragies aux lieux où se manifeste déjà un état de moindre résistance.

S'il est des cas où les malades s'inquiètent de voir du sang sourdre par le mamelon, et viennent consulter immédiatement, souvent elles n'y prêtent que peu d'attention, et conservent cet écoulement pendant de longues années. Bilton Pollard a signalé le cas d'une femme de 50 ans chez qui il s'est écoulé, pendant 13 ans, un liquide séro-sanguinolent par le mamelon. Chez quatre de nos malades (Observations I, V, XIX, XXVII), un suintement séro-hématique persistait depuis 4, 12 et 23 ans. La longue durée des écoulements paraît être en faveur d'une lésion bénigne ; en effet, une affection du sein qui évolue en 12 ou 23 ans n'est

certainement pas très méchante, et l'apparition de sang par le mamelon ne semble pas devoir être considéré comme « un signe de précancer », comme « un signal d'alarme ». Cependant, il est des cas où l'écoulement, même très récent, accompagne une lésion maligne (Observations XX, LII), et devant tout sein saignant doit se poser une indication thérapeutique précoce.

II. — LES SIGNES SURAJOUTES

A) La douleur :

L'écoulement peut s'accompagner de douleurs au niveau du sein. Deryl Hart l'a signalé dans 41 % des cas, et plusieurs fois c'est la douleur plus que l'hémorragie qui a amené la malade à consulter un médecin.

Ces douleurs sont, soit spontanées (Observations XVII, XXIV, XXVII, XXVIII, XXXI, XXXIX, XLVIII, LII), soit provoquées à la pression du sein, souvent en un point très précis (Observations XI, XII, XXIII, XXVI, XXXII, XL, XLVII, XLIX). Quelle importance leur accorder ? Le cancer du sein est indolore, c'est un phénomène inflammatoire qui semble en cause. Nous avons été frappé de la fréquence avec laquelle on trouve, dans les antécédents de la malade, des lésions inflammatoires anciennes du sein. Nous reviendrons sur ce fait, en étudiant, à propos de l'étiologie, les causes prédisposantes de ces écoulements mamelonnaires. D'autre part, dans 9 de nos observations, l'examen histologique montra des signes d'inflammation. Ce fait mérite d'être signalé, car les petites vé-

gétations intracanaliculaires, qui le plus souvent donnent naissance à cette hémorragie, relèvent peut-être d'une cause inflammatoire, ou en sont le « signal symptôme ».

Outre ce symptôme subjectif, deux autres signes, objectifs, doivent être recherchés avec soin : la présence d'une tumeur, la présence de ganglions.

B) La tumeur :

L'hémorragie peut être l'unique symptôme, c'est ce que les auteurs allemands, et Hendriock surtout, appellent la « vraie mamelle saignante » ; c'est dans ce cas que l'on a attribué bien souvent l'écoulement à des troubles fonctionnels. Mais la plupart du temps le suintement est accompagné d'une tumeur, soit qu'elle fût reconnue par les malades au moment de l'apparition des hémorragies, soit qu'elle existât déjà depuis quelque temps. Ces deux cas sont à opposer ; le Professeur Villard estime que c'est de là que viennent toutes les divergences d'opinion, toutes les erreurs de la thérapeutique.

a) Dans le premier cas, la malade qui depuis quelques jours ou quelques mois, parfois même quelques années, voit sourdre un peu de liquide par le mamelon, s'aperçoit que la pression en un point précis de son sein provoque l'écoulement. Le Professeur Tixier attache à ce fait une grosse importance, car il permet de découvrir, ordinairement sous l'aréole, une petite tuméfaction, difficile à sentir, molle bien souvent, surtout lorsque la pression l'a vidée de son contenu. Sans indication de la malade, la recherche de cette

tumeur est délicate. La glande mammaire paraît entièrement normale, non déformée, et la palpation, la main à plat, ne donne bien souvent aucun renseignement. Cette difficulté s'accroît encore chez les femmes grasses. Le Professeur Villard utilise ce qu'il appelle le « *signe du stylo* ». « Avec l'extrémité du manche d'un stylo, j'explore systématiquement toute la surface de l'aréole, et brusquement en un point précis le liquide sourd par le mamelon. Le point où la pression provoque l'écoulement correspond exactement à l'emplacement de la tumeur ». C'est en ce point qu'il faudra inciser pour enlever la lésion. Dans quelques cas on peut percevoir plusieurs petites tumeurs, soit encore sous l'aréole, ou tout près d'elle (Observations I, XXII), soit dans la glande, lui donnant une consistance grenue (Observation LIII).

b) Dans le second groupe de cas, la tumeur, reconnue depuis longtemps par la malade est facile à mettre en évidence. C'est dans ces cas qu'il faudra rechercher avec beaucoup de soins les signes de malignité : tumeur bosselée, irrégulière, adhérente à la peau ou au plan profond, car c'est peut-être un cancer. La tumeur peut être assez volumineuse, mais située tout près de l'aréole, et entraînée par la traction sur le mamelon. Ce cas se rapproche du précédent. On peut dire qu'il s'agit d'une tumeur développée aux dépens des canaux galactophores, évoluant depuis quelque temps. Mais d'autres fois, la tumeur est située en plein parenchyme mammaire, paraissant sans rapport avec les conduits excréteurs, et sa pression ne fait pas toujours sourdre du liquide par le mame-

lon. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter, il s'agit certainement d'une lésion maligne, l'écoulement n'est qu'un épiphénomène. Comment expliquer ces hémorragies ? Le cancer, nous reviendrons sur ce sujet, donne exceptionnellement des hémorragies. Peut-être existe-t-il dans ces cas deux lésions différentes : un cancer glandulaire, et des lésions des canaux excréteurs, ou des formations kystiques. Ce fait nous a paru possible, en effet, dans 5 de nos observations (IV, XXIV, XLII, L, LIII), l'examen histologique a montré à côté des lésions cancéreuses, des lésions d'épithélioma dendritique intracanaliculaire bénin, ou d'adéno-fibrome végétant, ou de maladie de Reclus. Nous verrons, en étudiant l'étiologie, que ce sont là les causes les plus fréquentes de la « mamelle saignante ». Ce fait sans grande importance peut-être pour la conduite thérapeutique, mérite néanmoins d'être signalé. Des lésions minimes des conduits excréteurs, ou des lésions de mastite kystique, passant facilement inaperçues, seraient peut-être la véritable cause de cette hémorragie attribuée au cancer. Nous avons déjà dit que les petites végétations papillaires pourraient être le « signal symptôme » d'une inflammation, peut-être le sont-elles aussi d'une tumeur plus profonde.

C) Les ganglions :

L'exploration des régions de l'aisselle et du creux sus-claviculaire des deux côtés doit être méthodiquement conduite.

Une adénopathie même minime doit être considérée comme la meilleure preuve de malignité. C'est

exact lorsque la tumeur mammaire est volumineuse, et présente déjà par elle-même des signes sinon de malignité, tout au moins suspects. On peut, dans ce cas, affirmer sa nature maligne, et on doit la traiter comme telle : amputation du sein et curage ganglionnaire. Mais dans les cas de petites tumeurs sous-aréolaire ou juxta-aréolaire, cette règle ne s'applique pas d'une façon aussi rigoureuse. Chez deux de nos malades (Observations XXVII, XXX), nous avons trouvé des ganglions axillaires accompagnant une petite tumeur d'allure bénigne. Malgré cette adénopathie, on se contenta dans les deux cas d'une intervention conservatrice. L'examen histologique montra, à côté d'un adéno-fibrome végétant intracanaliculaire, et de dilations microkystiques des conduits galactophores, des lésions inflammatoires banales. Il est probable que les ganglions étaient eux aussi inflammatoires. Chez l'une de ces malades (Observation XXVII), il a fallu réintervenir, et amputer les deux seins successivement, par suite de récurrence des hémorragies, mais jamais on ne constata de transformation maligne. Chez la seconde, il y eut aussi récurrence de l'écoulement sanglant. On pratiqua une deuxième excision, l'examen histologique ne montra pas de signes de néoplasme, et depuis 4 ans cette malade va bien. Il semble exagéré de dire : « s'il y a des ganglions axillaires ou sus-claviculaires nettement différents de ceux du côté opposé même en l'absence de tumeur cliniquement appréciable, la coexistence de l'écoulement sanglant et de ganglions suspects devra faire conclure à l'épithélioma ». Cette règle est trop absolue, et bien sou-

vent, c'est plutôt l'absence de ganglions, dans le cas de transformation maligne au début (Observations XXXIV, XLVI, L), qui est la cause d'erreur pour le chirurgien.

III. — EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a) L'examen microscopique du liquide :

Grimoud et de Brux ont montré que même dans les cas d'écoulement séreux ou citrin, le microscope montre la présence de globules rouges ; c'est « l'hémorragie microscopique ». C'est pourquoi il faut entendre le terme de « mamelle saignante » sous son acception la plus large, et traiter l'affection comme s'il s'agissait d'une hémorragie vraie. Mais Ducuing et ses élèves vont trop loin lorsqu'ils disent : « Toute hémorragie par le mamelon est grave. Il ne faut pas compter sur la bénignité de certains papillomes canaliculaires. Donc le diagnostic de tumeur bénigne du sein doit être en principe rarement porté. Comme corollaire, une mamelle saignante doit être traitée par un Halsted typique, même si l'écoulement citrin représente tout le tableau clinique. »

A côté des hématies, on trouve des leucocytes, des paillettes de cholestérine, des cellules cancéreuses. Nathan a pu faire le diagnostic de néoplasme du sein, par le seul examen microscopique du suintement hémorragique. Mais cette éventualité est relativement rare, et il ne faudrait pas croire que l'absence de cellules néoplasiques est un signe suffisant pour affirmer la bénignité des lésions.

Cette méthode de diagnostic, interprétée par certains comme essentielle, est incertaine et elle n'est que très rarement utilisée.

b) La transillumination :

Adlair et Cutler associent à l'examen microscopique du suintement, la transillumination.

C'est plus un moyen de localisation des lésions que de diagnostic, et encore bien incertain ; car si les cavités kystiques remplies de sang font une ombre nette, il n'en est pas toujours ainsi des cavités tout à fait minimales que l'on rencontre le plus souvent. Ce procédé classique, comme l'examen microscopique du suintement, ne donne pas de résultat très précis, et il est exceptionnellement utilisé.

c) La mammographie :

C'est une méthode nouvelle destinée à faciliter le diagnostic des tumeurs du sein par l'injection par les orifices des canaux galactophores de substances opaques, suivie de radiographie. Sur une glande normale l'image obtenue est celle d'un lacis inextricable de canaux injectés.

Hicken, Russell, Best et Hunt, en 1937, injectant par l'orifice des canaux galactophores du dioxyde de thorium, ont appliqué ce procédé à l'étude des écoulements mamelonnaires. Cette méthode leur a permis de différencier nettement le cancer du sein, comprimant les canaux et dissociant ainsi le lacis normal, des tumeurs endocanaliculaires. Les dilatations kystiques des conduits sont nettement visibles. Ces au-

teurs vont même plus loin et disent que si dans un canal galactophore dilaté il n'y a qu'un seul papillome, il ne faut faire qu'une simple exérèse ; mais si les papillomes sont multiples, il faut amputer le sein. C-serait par conséquent pour eux un excellent moyen de diagnostic, et aussi la méthode de choix pour poser l'indication thérapeutique. Mais cette méthode, à peine connue en France, est trop nouvelle pour que nous puissions apprécier ses résultats.

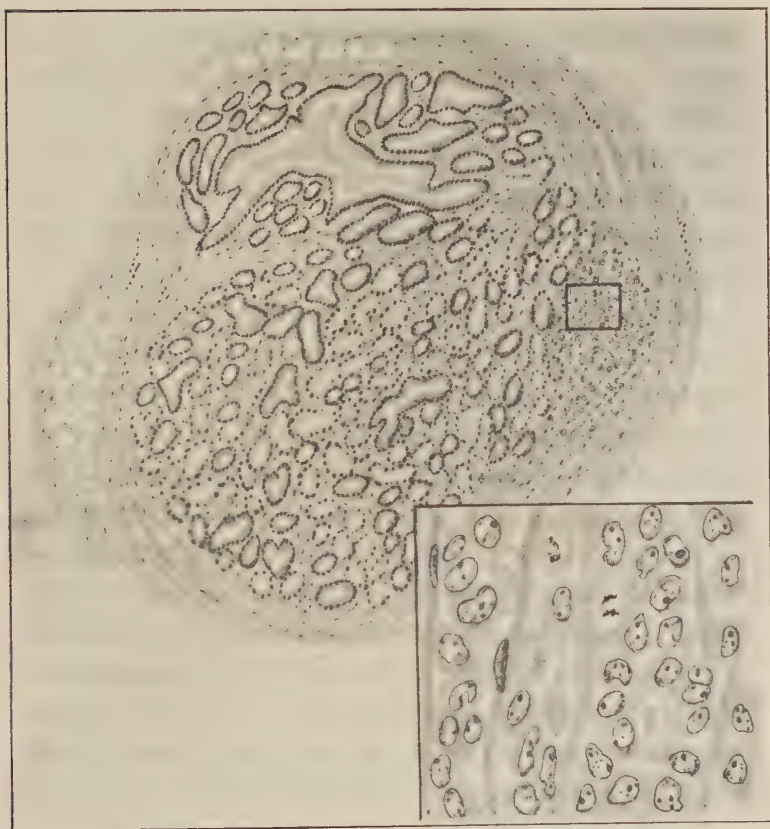
d) La biopsie :

La biopsie est certainement le meilleur moyen de diagnostic, à condition toutefois de faire un prélèvement correct et de s'adresser à un histologique compétent.

Lorsque l'écoulement s'accompagne d'une tumeur volumineuse, située en plein parenchyme mammaire, la méthode classique consiste dans le prélèvement d'un fragment ou de la totalité de la tumeur suspecte. Nous avons émis l'hypothèse que dans le cas de cancer s'accompagnant d'hémorragies par le mamelon, il y avait peut-être des lésions papillaires des canaux, passées inaperçues. Il y aurait donc avantage à faire des prélèvements en des points différents de la glande, et particulièrement dans la région sous-aréolaire.

Quand il n'existe qu'une petite tuméfaction juxta-mamelonnaire, le prélèvement doit être fait avec beaucoup de soin. En effet, si l'on rencontre l'image classique décrite par Lecène, canal galactophore dilaté avec, à son intérieur, une petite tumeur d'aspect framboisé, hérissée de fines papilles, dans de nom-

breux cas il est difficile, lorsqu'on a fait une excision cunéiforme un peu large, de retrouver au milieu du tissu mammaire la petite induration que l'on percevait à la palpation. Souvent minime, de la taille d'une lentille, ou même d'une tête d'épingle en verre, cette tumeur peut facilement passer inaperçue. Il faut faire une véritable dissection des conduits galactophores.



Adénome dendritique en voie de dégénérescence maligne
(Observation XXXIV)

Si l'on n'a pas soin d'envoyer la totalité de la pièce opératoire à l'histologiste, et de multiplier les coupes, de graves erreurs pourront être commises. Nous n'en voulons pour preuve que l'examen histopathologique de l'observation XXXIV, dont nous donnons ici un dessin. La préparation est occupée presque entièrement par des lésions typiques d'adénome végétant intracanaliculaire, mais en point très limité le stroma est infiltré par des éléments atypiques, disposés en boyaux paucicellulaires, souvent en mitoses. Il s'agit d'une transformation maligne tout à fait au début. On comprend, dès lors, toute l'attention que l'anatomopathologiste doit apporter à l'examen de ces coupes, car un examen trop rapide peut être la cause de graves erreurs.

Cette méthode classique est longue, de plus on lui a reproché de faciliter la dissémination des lésions, par ouverture des lymphatiques, s'il s'agit de lésions malignes, aggravant ainsi le pronostic de l'opération complète ultérieure. La biopsie extemporanée, dont Bertrand a montré toute l'importance, échappe à ces critiques. Gosset et Bertrand ont systématiquement comparé les résultats de l'examen extemporané de coupes congelées avec les coupes faites au laboratoire, suivant la technique habituelle, et examinées à tête reposée. Il n'y a pas une seule erreur de diagnostic. Gosset conclut que la méthode assure une « certitude mathématique ».

Tout récemment, la méthode de l'ultropack est venue simplifier encore ces procédés d'examen. Ce sont deux méthodes que nous ne saurions trop recomman-

der d'utiliser lorsqu'il s'agit de « mamelle saignante ». Il faut cependant remarquer qu'en dehors des difficultés purement matérielles, ces méthodes nécessitent un anatomo-pathologiste exercé et compétent. D'autre part, malgré tout, l'ultropack est un procédé relativement grossier, ne pouvant fournir pour ainsi dire qu'un travail dégrossisseur. Les lésions malignes lorsqu'elles existent dans ces petites tumeurs juxta-mamelonnaires, sont souvent minimes, très localisées ; ce sont des cancers au début : témoin la coupe que nous avons reproduite un peu plus haut. Dans ce cas l'ultropack peut être insuffisant. Aussi, après tout examen extemporané de coupes congelées, ou à l'ultropack, il faut faire un examen suivant les méthodes lentes habituelles, permettant de réparer encore à temps une erreur dont les conséquences pourraient être désastreuses.



Que conclure de cette étude clinique ? Nous avons examiné toutes les éventualités qui pouvaient se présenter au chirurgien. Nous avons fait une analyse des symptômes que nous compléterons dans l'étude étiologique. Chacun d'eux, pris isolément, est sans intérêt, et peut se rencontrer aussi bien dans le cas d'une tumeur bénigne, que d'une tumeur maligne. C'est en les groupant en faisceaux, en faisant un travail de synthèse que le chirurgien, avec toute la prudence qu'il faut avoir en clinique, trouvera les raisons qui plaident en faveur d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne, et pourra poser une indication thé-

rapeutique, qui, le cas échéant, devra être rapidement élargie, si l'anatomo-pathologiste, collaborateur indispensable, a relevé des signes suspects dans l'examen microscopique de la pièce opératoire.

Causes qui plaident en faveur de la bénignité :

Femme jeune, en général.

Petite tumeur sous-aréolaire — se vidant facilement à la pression — difficile à sentir à la palpation — mais localisée par le « signe du stylo ».

Absence d'adénopathie.

Causes qui plaident en faveur de la malignité :

Femme âgée le plus souvent.

Tumeur nette, irrégulière, mal limitée — située en plein parenchyme mammaire — paraissant sans rapport avec les conduits galactophores — adhérente à la peau ou au plan profond.

Présence de ganglions axillaires ou sus-claviculaires.

C'est à ce travail de synthèse qu'ont eu recours nos Maîtres pour établir leur diagnostic, et poser les indications thérapeutiques. Si, dans une sorte de résumé des observations, que chacun d'eux a bien voulu nous confier, nous établissons la proportion des diagnostics exacts par rapport au nombre d'erreurs, soit par excès, soit par défaut, nous verrons que, malgré les difficultés apparentes, un examen clinique minutieux permet un diagnostic, sinon toujours exact, du moins suffisant dans la majorité des cas (88,6 %).

Nous classerons ces observations sous trois rubriques :

1° *Les indications d'emblée exactes*, c'est-à-dire celles où l'examen clinique ayant amené le chirurgien à faire une amputation, ou, au contraire, une intervention conservatrice, l'examen histologique fut confirmatif, et justifia la thérapeutique.

2° *Les indications rectifiées*, c'est-à-dire celles où l'examen histologique obligea le chirurgien à réintervenir pour lésions malignes, bien que l'examen clinique fut en faveur d'une affection bénigne.

3° *Les erreurs par excès*, cas où le chirurgien pratiqua une opération trop large, non en rapport avec les lésions révélées par l'examen histologique.

Monsieur le Professeur TIXIER : 18 observations.

15 indications d'emblée exactes.

6 opérations limitées : XI, XII, XXII, XXXVII, XLIII.

Toutes ces malades sont en excellente santé, depuis leur opération remontant à 2, 7 et 9 ans.

1 opération limitée : XLII, pratiquée en raison du mauvais état général, malgré des signes cliniques malins. Cette malade, syphilitique, est guérie ; les hémorragies n'ont jamais réapparues, aucun signe de récurrence, ni de métastase. Mais est-ce par l'intervention, ou par le traitement spécifique ? Nous reviendrons sur ce sujet à propos de la thérapeutique.

8 opérations totales avec curage ganglionnaire : II, IV, VI, XXXI, XXXVI, XLIV, XLVIII, LII.

Aucune indication rectifiée.

3 erreurs par excès : III, mais il s'agissait d'une femme de 39 ans, présentant une tumeur assez volumineuse, pouvant justifier l'amputation. XXXVIII, là encore l'âge de la malade justifiait une intervention large.

LI.

Monsieur le Professeur VILLARD : 7 observations.

7 indications d'emblée exactes.

5 opérations limitées : I, XIV, XXIX, XL. Toutes ces malades sont en bonne santé, depuis 2, 6, 8 ans.

2 opérations totales : XVI, XXVI.

Aucune indication rectifiée.

Aucune erreur par excès.

Monsieur le Professeur PATEL : 4 observations.

3 indications d'emblée exactes.

Pas d'opération limitée.

3 opérations totales : XIII, XVIII, XXIII.

Aucune indication rectifiée.

1 erreur par excès : XVII, mais il s'agissait d'une femme de 46 ans, présentant une tumeur volumineuse, qui avait rapidement augmenté de volume et pouvait justifier une intervention large.

Monsieur le Professeur SANTY : 13 observations.

8 indications d'emblée exactes.

3 opérations limitées : XIX, XXVIII, XXXV.

Ces malades vont bien depuis 2, 6, 7 ans.

5 opérations totales : IX, X, XV, XXIV, XXV.

2 indications rectifiées : XX, XLVI.

3 erreurs par excès : V, mais cette femme de 54 ans présentait un écoulement mamelonnaire depuis 12 ans, et une tumeur volumineuse.

VII.

VIII, là encore l'opération large était malgré tout justifiée : il s'agissait d'une femme de 73 ans, présentant une tumeur depuis 10 ans, et un écoulement depuis 2 ans.

Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSON : 8 observations.

6 indications d'emblée exactes.

1 traitement antisypilitique : XXXII.

3 opérations limitées : XXXIII, XLI, XLVII. Ces malades vont bien depuis 1, 2 et 4 ans.

2 opérations totales : XXXIX, XLV.

2 indications rectifiées : XXXIV, L.

Aucune erreur par excès.

Monsieur le Professeur agrégé ROCHET : 2 observations.

2 indications d'emblée exactes.

1 opération partielle : XXVII, mais ayant nécessité par suite des récidives des hémorragies, une amputation des deux seins.

1 opération totale : XLIX.

Aucune indication rectifiée.

Aucune erreur par excès.

Monsieur le Professeur agrégé DE ROUGEMONT : 1 observation.

1 indication d'emblée exacte : XXX. Remarquons que sur un diagnostic **exact**, **cette** malade avait déjà été opérée, mais l'excision n'avait pas été assez large, les hémorragies récidivèrent. Depuis 4 ans, elle va bien.

Sur 53 observations, nous avons 42 indications d'emblée exactes. Si à ce chiffre nous ajoutons 5 cas que nous avons classés dans les erreurs par excès, et qui malgré tout pouvaient être considérés comme suspects étant donné souvent l'âge avancé des malades, nous arrivons à un total de 47 cas où l'examen clinique fut à lui seul suffisant pour poser un diagnostic et instituer un traitement approprié.

A ceux qui disent que la « mamelle saignante » est une affection qui déroute bien souvent le chirurgien, et qui demande par suite de cette incertitude un traitement large, nous répondrons que dans 47 cas (soit 88,6 %), nous avons pu faire un diagnostic exact : 26 malades furent traitées par une amputation large, mais chez les 21 qui furent traitées par une intervention conservatrice, ou une thérapeutique médicale (une fois), les résultats ont été excellents. Sur les 6 cas (soit 11,4 %) que nous avons classés parmi les erreurs de diagnostic, 2 fois (VII, LI) l'amputation fut une opération trop large. Chez 4 malades, l'examen histologique, sauf dans un cas (Observ. XX), permit de rectifier à temps le diagnostic clinique. En effet, 3 de nos malades (Observ. XXXIV, XLVI, L) chez qui on réintervint pour amputer le sein, vont bien depuis 1 an, 1 an et demi, 3 ans et demi.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame C..., 50 ans, vient consulter le Professeur Villard en juin 1924, pour des hémorragies au niveau du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents. Deux grossesses, suivies d'allaitement.

Après ses grossesses, et depuis 23 ans, il persiste par le mamelon droit un écoulement intermittent de sérosité. Ces dernières années, l'écoulement est devenu plus abondant, plus coloré, tachant le linge, et parfois de coloration sanguine. Le fils de la malade, interne des Hôpitaux, s'alarme et montre la malade au Professeur Villard.

A l'examen, le sein est souple ; en aucun point il n'existe d'induration suspecte. Par contre, l'examen du mamelon montre, au contact de son bord supérieur, une petite masse arrondie, indurée. La pression sur l'aréole détermine l'expulsion de liquide. Par pressions localisées tout autour de l'aréole, on note au niveau de la partie inférieure de celle-ci, un point précis, au niveau duquel la pression amène l'issue de sérosité rosée.

Intervention le 21 juin 1924. En raison de la présence de ces deux points hémorragiques, on pratique la résection complète du mamelon et de l'aréole.

L'examen de la pièce montre une poche inférieure lisse, à contenu séreux, et une deuxième poche, la supérieure, en grande partie remplie par des boyaux pédiculés, d'aspect dendritique, entourés par une mince couche de liquide.

Examen histologique. Epithélioma dendritique intracannulaire absolument typique, sans signes de malignité.

Plus de six ans après, la malade était en bonne santé, sans lésion mammaire ; elle a été perdue de vue depuis.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame G..., 47 ans, entre le 2 juin 1924 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Personnellement, mariée à 22 ans, un enfant mort en bas âge, de dysenterie. En 1910, reste au lit 18 mois pour un mal de Pott. En 1922, albuminurie et deux crises urémiques.

Depuis un an la malade s'est aperçue que son sein gauche s'était déformé. Elle y découvrit une petite tumeur de la grosseur d'une noix. En décembre 1923, il s'écoule par le mamelon quelques gouttes de sang. Depuis, de temps en temps, surtout lorsque la malade se couche sur le côté gauche, il sort du mamelon un peu de sérosité jaunâtre, faisant sur le linge une tache claire entourée d'un liséré brun.

Le sein gauche est augmenté de volume dans sa partie supérieure, le mamelon est rétracté. La palpation montre une tumeur de la grosseur d'une orange, bosselée, dure, indolore, n'adhérant ni à la peau ni au plan profond. La pression sur le mamelon est douloureuse et fait sourdre une goutte de liquide jaune brun. Présence d'un ganglion axillaire.

Examen pulmonaire négatif. Examen cardiaque : bruit de galop. Albuminurie : 2 gr. par litre.

Intervention le 11 juin 1924. Amputation du sein avec évidement du creux axillaire.

Examen macroscopique. Epithélioma criant sous le bistouri. En certains points il s'écoule un liquide tantôt marron, tantôt jaune clair, tantôt sanglant. Deux petits ganglions paraissent nettement néoplasiques.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Epithélioma métatypique du sein. Ganglion envahi par des formations néoplasiques.

La malade est décédée d'urémie le 13 janvier 1929.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Mademoiselle B..., 39 ans, vient consulter le Professeur Tixier au mois de mai 1925 pour un écoulement sanguinolent, intermittent, par le mamelon droit.

Cette malade est suivie depuis longtemps par le Professeur Tixier, d'une part pour un léger basedowisme avec goitre minuscule, d'autre part pour un fibrome utérin. Elle a été soignée avec succès à Divonne pour son hyperthyroïdie, et l'état utérin relève d'un traitement purement médical.

Depuis quelque temps, à ce syndrome thyroïdien et utérin s'ajoutent des troubles mammaires. En effet, depuis quelques mois, elle constate que de temps en temps, il s'écoule par le mamelon droit un liquide jaunâtre ou marron, quelquefois sanguinolent.

A l'examen, aucune modification de forme ni de volume du sein. Le mamelon est normal, aucune adhérence ni superficielle ni profonde. En un point très limité, dans le quadrant supéro-externe, on perçoit une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix sans sa coque, lisse, régulière. La pression en ce point fait sourdre par le mamelon quelques gouttes de liquide marron, sanglant. Pas de ganglions perceptibles. En raison du volume de la tumeur et de l'âge de la malade, on se décide pour une opération radicale.

Intervention le 11 mai 1925 (Professeur Tixier). Halsted typique.

Examen macroscopique. Kyste du volume d'une noix, à parois blanchâtres, lisses. En un point, à l'intérieur du kyste, on note une végétation unique, pédiculée, d'un aspect framboisé du volume d'une groseille.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Il s'agit d'un adénofibrome du sein, tumeur bénigne. La végétation intrakystique, bourgeonnante, est également bénigne au point de vue histologique. Les ganglions sont normaux.

La malade, opérée depuis 14 ans, a été régulièrement suivie. Le dernier examen date du mois de décembre 1938. Etat général et local parfaits. A noter cependant que le sein gauche, atteint de mastite noueuse a donné parfois un léger écoulement passager de liquide jaunâtre.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame J..., 48 ans, entre le 14 septembre 1925 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur du sein gauche.

On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Réglée à 14 ans, normalement jusqu'à maintenant. A 22 ans, abcès du sein ; à 24 ans, nouvel abcès du sein qui a suppuré pendant deux mois. C'est à ce moment qu'elle a noté l'existence d'une petite tumeur dans le sein gauche, et, pendant 3 ou 4 mois après la guérison de l'abcès, elle a vu s'écouler un peu de sang par le mamelon. Cette tumeur persiste depuis 23 ans. Mais cette année, elle a augmenté de volume, elle est devenue légèrement douloureuse, et depuis deux mois la malade voit sourdre un peu de sang par le mamelon correspondant.

A l'examen, on note une légère augmentation de volume du sein gauche au niveau du quadrant inféro-externe. La peau est de coloration normale avec quelques veines superficielles. Pas de rétraction du mamelon. On sent dans le quadrant inféro-externe une tumeur du volume d'une noix, indolore, mal délimitée. Pas d'adhérences au niveau de la tumeur ; cependant, quand on mobilise celle-ci, il se produit une légère fossette au niveau du quadrant inféro-interne. Pas d'adhérences au plan profond. L'examen des territoires ganglionnaires est négatif.

Examen somatique négatif.

Intervention le 16 septembre 1925. Halsted. Le long du nerf grand dorsal, on trouve un gros ganglion, et de nombreux petits le long du bord inférieur du grand dorsal.

L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste contenant dans son intérieur un liquide marron sanguinolent. A la face interne, revêtement endothélial brillant, interrompu de loin en loin par la présence de papillomes exubérants, ressemblant à de la chair d'anguille. A côté d'une grande poche kystique se développent déjà, en dehors de la capsule fibreuse, des bourgeons épithéliaux extra-kystiques. Il semble s'agir d'une dégénérescence maligne.

Examen histologique (Professeur Noël). En certains points,

aspect de l'adénome dendritique du sein, avec cependant des cellules à noyaux déformés. En d'autres points, aspect de l'épithélioma métatypique du sein. Pas de signes d'envahissement ganglionnaire.

Depuis 14 ans, la malade va bien. Pas d'adénopathie, pas de signes de métastase.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame C..., 54 ans, envoyée par le Docteur Joly, vient consulter le Professeur Santy le 12 février 1926, pour des hémorragies au niveau du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

En mai 1914, pour la première fois, la malade note un écoulement séreux au niveau du sein gauche. En 1922, elle revoit le Docteur Joly pour ce suintement toujours séreux et pour une petite tuméfaction sous-mamelonnaire. Depuis six mois la tumeur a beaucoup augmenté de volume, et à plusieurs reprises la malade a vu s'écouler du mamelon un liquide hématique.

L'examen montre au niveau du sein gauche une grosse tumeur sous-mamelonnaire de la taille d'une mandarine. Rétraction légère du mamelon. La palpation fait sourdre un liquide séro-hématique. Pas de ganglions cliniquement décelables.

Intervention le 15 février 1926. Sous anesthésie générale. Halsted typique, curage ganglionnaire. Sur la pièce, gros kyste contenant un liquide séro-hématique, avec de grosses végétations intra-kystiques, et induration squirrheuse pariétale. Les ganglions ne paraissent pas envahis.

Examen histologique. Epithélioma dendritique intracanaiculaire avec réaction fibreuse du stroma excessivement marquée. Les ganglions sont entièrement normaux.

La malade est revue par le Professeur Santy le 12 juin 1929. Bon état général, bon état local. Des nouvelles nous sont données récemment par le Docteur Joly : la malade a quitté Lyon, mais cinq ans après son opération elle allait très bien.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame A..., 53 ans, entre le 30 mars 1926 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur du sein droit.

On ne note rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, réglée de 14 à 49 ans, mariée, une fille présentant une scoliose ; pas de fausse-couche. Avant son accouchement elle a présenté un écoulement de nature imprécise au niveau des seins.

Il y a trois ans, la malade constate un écoulement de liquide épais, jaunâtre, au niveau de chaque sein, sans douleurs, ni température. A gauche, l'écoulement cesse au bout d'une semaine. A droite, l'écoulement persiste, devient hémorragique. Le mamelon devient prurigineux ; une escharre se forme, entraînant la chute du mamelon. Depuis 18 mois une ulcération persiste, reposant sur une base de plus en plus indurée, et qui prend le caractère d'une tumeur. Cette ulcération est centrée par un petit pertuis d'où s'écoule un liquide séreux et quelquefois hémorragique. De plus, cette tumeur, non douloureuse au début, commence à faire souffrir la malade.

L'examen général est négatif.

Le sein droit est atrophié, collé sur la paroi thoracique. A la place du mamelon, ulcération rouge, à bords rétractés, reposant sur une tumeur peu saillante, mais dure, bosselée, débordant la zone ulcérée de quelques centimètres, adhérente au plan musculaire. Dans l'aisselle, présence d'un gros ganglion sur le bord externe du grand pectoral, et de nombreux petits.

Le sein gauche est normal.

Intervention le 1^{er} avril 1926. Halsted, un drain dans l'aisselle.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Il s'agit d'un épithélioma métatypique du sein. Ce n'est pas un épithélioma du type malpighien, mais bien un épithélioma de la glande mammaire. Les ganglions sont largement envahis par le néoplasme.

Le 27 juin 1928, la malade revient, présentant une petite récurrence sur la cicatrice opératoire et un gros ganglion sus-claviculaire. Traitement radiothérapique (45 H) au Centre anticancéreux.

Décédée au mois d'octobre 1928.

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame V..., 50 ans, vient consulter le Professeur Santy au mois de septembre 1927, pour une petite tumeur du sein droit qui, depuis 4 mois, s'est accompagnée d'un écoulement séreux par le mamelon, et qui depuis quelques jours devient hémorragique.

On ne note rien dans les antécédents.

L'examen somatique est négatif. Localement, deux petites tuméfactions du sein. La pression fait sourdre un liquide sanguinolent. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 23 septembre 1927. Amputation simple du sein. L'examen macroscopique montre à la coupe trois kystes gros chacun comme une noisette, avec des végétations dendritiques à l'intérieur.

Examen histologique (Professeur Noël). Epithélioma dendritique intracanaliculaire.

La malade est revue le 2 juillet 1932. Bon résultat opératoire, bon état général, mais lipomatose diffuse avec sensation de brûlure cutanée. Nous avons eu des nouvelles par le Docteur Segond : Elle est actuellement en excellente santé. Opération datant de 12 ans.

OBSERVATION VIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame D..., 73 ans, entre le 16 mars 1928 dans le service du Professeur Santy pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

Cette tumeur a débuté il y a 10 ans environ. Depuis 6 ans, elle est allée en augmentant de volume, et depuis 2 ans, de temps en temps, il se produit des hémorragies par le mamelon. Appétit conservé, pas d'amaigrissement.

L'examen montre, dans le quadrant inféro-interne du sein gauche, une tumeur de la grosseur du poing, lisse, régulière, un peu dure, mais non ligneuse. Elle adhère légèrement à la peau, mais elle est mobile sur le plan profond. Pas de ganglions perceptibles.

Examen général négatif.

Intervention le 17 mars 1928. Opération de Halsted, en respectant cependant le chef claviculaire du grand pectoral. Dissection du creux de l'aisselle.

A la coupe, la tumeur est formée de kystes communiquant entre eux, remplis de sang noirâtre sous pression, et dont les parois sont épaisses et dures. En certains points, et notamment autour du mamelon, il existe du tissu fibreux criant sous le bistouri. Quelques petits ganglions d'aspect inflammatoire.

Examen histologique. Sur l'un des fragments on ne voit qu'une vaste poche sanguine, bordée par un tissu fibroïde formant comme une coque. Sur un autre fragment on trouve l'aspect de l'adénome, mais tel qu'on a coutume de le rencontrer dans la maladie de Reclus. Ce sont des îlots adénomateux, à petites cellules cubiques ; d'autres cavités glanduliformes sont bordées par de hautes cellules acidophiles idrosadénoïdes. Dans ce fragment on retrouve encore ça et là quelques cavités remplies de sang. Le stroma est enflammé, avec réaction fibreuse discrète.

Ganglion. — Fait remarquable : colmatage du système réticulo-endothélial par le pigment sanguin. En effet, tous les éléments cellulaires de la trame ont macrophagé du pigment ocre, qui distend la plupart des cellules du réticulum. Aucun signe de transformation cancéreuse.

La malade est décédée en 1935.

OBSERVATION IX

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame C..., 64 ans, entre le 23 mai 1928 dans le service du Professeur Santy pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, bonne santé habituelle. Il y a 10 ans, excision d'une petite tumeur du sein gauche. Depuis 3 ans elle a constaté la présence d'une tuméfaction dans le sein droit. De temps en temps il s'est écoulé un liquide brunâtre par le mamelon.

On constate au niveau du sein droit, dans le quadrant inféro-externe, une tumeur de la taille d'une petite manda-

rine, bien limitée, indolore, mobile sur le plan profond mais adhérent légèrement à la peau. La pression sur le mamelon fait sourdre un liquide d'abord incolore, puis brunâtre. Un petit ganglion dans l'aisselle.

Examen somatique négatif.

Intervention le 26 mai 1928. Sous-anesthésie générale à l'éther, amputation large du sein droit.

L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'une tumeur enkystée constituée par des végétations mollasses.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma « en rognons creux » de Delbet.

Intervention le 9 juin 1928. Des ganglions axillaires sont apparus. Section des muscles pectoraux, dissection de la cavité axillaire de haut en bas.

Examen histologique des ganglions (Professeur Martin). Ganglion entièrement normal, ne présentant aucune trace d'invasion néoplasique.

Des nouvelles données par le Docteur Benoit-Jeannin nous apprennent que la malade est décédée le 5 mars 1938, probablement d'un cancer des voies biliaires.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame B..., 55 ans, entre le 7 avril 1929 dans le service du Professeur Santy pour une tuméfaction du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Personnellement, elle a toujours été bien portante. Très bien réglée jusqu'à sa ménopause à 52 ans. Depuis longtemps, elle avait remarqué qu'au moment de ses règles se produisait un écoulement de sang par le mamelon gauche. Elle n'a jamais consulté pour ça, et il a disparu à la ménopause. Depuis un an environ, d'une façon insidieuse, sans aucune douleur, il se produit une rétraction progressive du mamelon.

Actuellement, au niveau du sein gauche, on est frappé de l'existence d'une rétraction nette, comme une cicatrice profonde, sur la portion externe du sein, à l'union des quadrants supérieur et inférieur, commençant en dehors de

la glande, semble-t-il, et venant en dedans intéresser le mamelon. Pas de ganglions perceptibles dans l'aisselle.

Intervention le 10 avril 1929. Amputation du sein par la méthode de Willy Mayer.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma du sein sans caractère sécrétant, avec stroma fibreux.

Le 5 juin 1930, la malade revient voir le Professeur Santy, parce que depuis quelque temps elle présente des troubles digestifs.

Le foie est dur, hypertrophié, avec quelques irrégularités à sa surface. Il s'agit d'un cancer secondaire.

La malade meurt 16 mois après l'intervention.

OBSERVATION XI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame J..., 39 ans, vient consulter le Professeur Tixier au mois de mars 1930 pour des hémorragies au niveau du mamelon gauche.

La malade a toujours eu une excellente santé. En allaitant son premier enfant, en 1915, elle a eu un abcès profond du sein droit et un petit abcès juxta-aréolaire au niveau du sein gauche. En 1925, elle est obligée de cesser l'allaitement de son deuxième enfant en raison de gerçures et de menace d'abcès au niveau du sein gauche. Continuellement, depuis cette tentative d'allaitement, elle a gardé un petit écoulement de colostrum par le mamelon gauche. Aucun écoulement à droite.

Depuis quelques semaines, l'attention de la malade a été attirée sur le sein gauche par un écoulement spontané de sang, absolument indolore.

A l'examen. Le sein gauche est d'apparence normale. La palpation ne fait sentir aucune tuméfaction dans la glande, mais en un point précis, vers une heure, la malade accuse une légère douleur. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 29 mars 1930. Sous-anesthésie locale, incision radiée partant du mamelon, au-dessus du point douloureux. Réaction cunéiforme de la portion de la glande sous-jacente.

Examen macroscopique. A la coupe, on trouve dans un

galactophore élargi une petite tumeur pâle, de la taille d'un petit pois, formée de villosités plutôt lamellaires.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Tumeur végétante intracanaliculaire, histologiquement bénigne, confirmant le diagnostic clinique de « mamelle saignante », type Lecène et Galtier.

En 1935, Madame J... constate par hasard, au moment de sa toilette, sur le côté axillaire de la glande mammaire gauche, et assez loin du mamelon, une tuméfaction indolore. L'examen pratiqué à cette époque montre une petite tumeur mobile, formée de petits grains, n'ayant jamais donné d'écoulement. Le Professeur Tixier conclut à une mastite, sans urgence d'opération. Quelques mois plus tard, cette tumeur ayant notablement augmenté de volume, le Professeur Tixier décide d'intervenir.

Intervention le 30 avril 1936. Sous-anesthésie locale, simple excision de la tumeur, mais on note au cours de l'intervention que la glande mammaire est semée de nombreux petits kystes gros comme des têtes d'épingles en fer. L'examen macroscopique montre l'aspect d'une mastite kystique.

Depuis sa première opération, datant de 9 ans, la malade va très bien. Etat général excellent. Sein gauche normal, cicatrice un peu cheloïdienne, mais aucune tuméfaction.

OBSERVATION XII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame C..., 30 ans, entre le 12 mai 1930 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur du sein gauche s'accompagnant d'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement elle a toujours eu une excellente santé. Réglée à 14 ans, régulièrement depuis. Elle a présenté il y a quelques années une affection ovarienne qu'elle ne peut préciser, traitée médicalement par des ovules. Mariée, pas de fausse-couche, un enfant de 4 ans qu'elle a nourri jusqu'à 18 mois. Elle a eu, pendant l'allaitement, des gerçures du sein, et prétend avoir été mordue par son nourrisson.

L'affection actuelle remonte à deux ans et demi, date à

laquelle elle a sevré son enfant. Elle a vu persister, après le sevrage, un écoulement séreux par le mamelon gauche, et, il y a quatre mois, elle s'est aperçue qu'il s'écoulait de son sein une sérosité sanguinolente.

A l'examen, les seins sont volumineux, mais d'aspect normal. La palpation au niveau du sein gauche permet de découvrir près du mamelon, vers 9 heures, une petite tumeur dure, sans adhérences aux plans profonds, ni à la peau. La pression sur le mamelon, légèrement douloureuse, fait sourdre un liquide séro-sanguinolent. Pas de ganglions axillaires, ni sus-claviculaires.

Examen général entièrement négatif.

Intervention le 16 mai 1930. Sous-anesthésie locale, incision radiée, amputation cunéiforme de toute la partie correspondant à la tumeur. Drainage filiforme.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Adéno-fibrome sans signe de malignité, avec légère réaction inflammatoire. Opérée depuis 9 ans, la malade va très bien.

OBSERVATION XIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur PATEL)

Madame F..., 53 ans, entre le 15 novembre 1930 dans le service du Professeur Patel pour une tumeur du sein gauche, s'accompagnant d'hémorragies mamelonnaires.

Rien à signaler dans les antécédents. Réglée régulièrement jusqu'à 50 ans, un enfant bien portant, pas de fausse-couche.

Le début de l'affection se fait immédiatement après la ménopause par un écoulement séro-purulent par le mamelon gauche, écoulement d'importance variable, très irrégulier. Le sein n'étant pas douloureux, la malade ne consulte pas. Au mois de juin dernier, cet écoulement cesse, et la malade constate l'existence d'une tumeur au-dessous du mamelon. Cette tumeur est tout à fait indolore, mais peu à peu elle a grossi. La peau, devenue rouge, s'est ulcérée, laissant échapper du pus strié de sang.

L'examen montre, au niveau du sein gauche, une petite ulcération au-dessous du mamelon, assez régulière, bourgeonnante. Le mamelon est légèrement rétracté. On sent vers six heures une petite tumeur dont la pression fait sourdre

une sérosité épaisse, purulente et sanguinolente très abondante. Petits ganglions dans l'aisselle correspondante.

Intervention le 21 novembre 1930. Halsted, curage de l'aisselle.

Examen histologique. Les différents fragments n'ont pas les mêmes caractères ; sur certains d'entre eux on a l'impression d'un état inflammatoire rappelant la maladie de Reclus. En d'autres points, au contraire, c'est l'aspect de l'adénome dendritique du sein, mais au niveau de ces formations dendritiques il semble qu'il y ait des monstruosité cellulaires qui laissent suspecter la transformation maligne. Sans pouvoir affirmer avec certitude qu'il s'agit d'un épithélioma dendritique du sein, nous faisons de sérieuses réserves sur la nature maligne de cette tumeur, et il faut la considérer cliniquement comme telle.

Depuis huit ans et demi la malade va bien.

OBSERVATION XIV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame R..., 30 ans, entre le 2 mars 1931 dans le service du Professeur Villard pour des hémorragies au niveau du sein droit.

Réglée à 14 ans, régulièrement tous les 28 jours. Mariée, deux enfants bien portants, pas de fausse-couche. Pendant qu'elle allaitait son deuxième enfant, il y a 10 mois, elle a présenté un abcès du sein droit. Elle a sevré son enfant à cette époque. Depuis 3 mois elle a constaté qu'il s'écoulait par le mamelon droit quelques gouttes de sang, au moment de ses règles et dans les quelques jours suivants.

A l'examen, les seins sont d'aspect normal. A la palpation on sent, sous l'aréole du sein droit, vers 9 heures, une petite induration, indolore, dont la pression fait sourdre par le mamelon un liquide nettement sanglant. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention. Excision de la petite tuméfaction, par incision radiée. A l'ouverture, canal galactophore dilaté avec à son intérieur, nombreuses végétations papillaires.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma dendritique du sein, sans signes de dégénérescence maligne.

Depuis huit ans et demi, la malade va bien ; elle a eu encore deux enfants qu'elle a allaités. Aucune récurrence.

OBSERVATION XV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame C..., 72 ans, entre le 8 juin 1931 dans le service du Professeur Santy pour des hémorragies mammaires.

Rien à signaler dans les antécédents, elle a toujours eu une excellente santé.

Depuis 4 mois, elle s'est aperçue d'un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon droit. Cet écoulement, peu abondant, est à peu près continu.

L'examen montre dans le quadrant supéro-interne du sein droit, très près du mamelon, une petite tumeur de la taille d'un œuf de pigeon, arrondie, régulière, renittente. Elle n'adhère ni à la peau, ni au plan profond. Pas de ganglions perceptibles.

Examen somatique négatif.

Intervention le 11 juin 1931. Halsted avec curage de l'aiselle.

A l'examen de la pièce opératoire on trouve une petite tumeur kystique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, remplie de liquide séro-sanguinolent avec, à l'intérieur, de petites végétations.

Examen histologique. Epithélioma glanduliforme. Les ganglions ne présentent pas de signes d'envahissement néoplasique.

Depuis huit ans la malade va bien.

OBSERVATION XVI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame M..., 75 ans, entre le 18 juin 1931 dans le service du Professeur Villard, envoyée par le Docteur Labry, pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents.

Depuis 4 mois il s'écoule par le mamelon droit un liquide séreux, parfois très abondant.

L'examen montre, au niveau du quadrant inféro-externe du sein droit, la présence d'une masse diffuse, dure, mobile sur le plan profond, mais adhérente à la peau. La pression sur la tumeur fait sourdre par le mamelon un liquide séro-sanguinolent. Pas de ganglions cliniquement décelables.

On porte le diagnostic d'épithélioma dendritique intracanaliculaire, et, en raison du grand âge de la malade, le Professeur Villard conseille de ne faire qu'une amputation rapide du sein.

Intervention le 19 juin 1931. Amputation simple du sein : deux fils de bronze ; un drain dans l'aisselle.

Examen de la pièce. Les lésions sont nettement dépassées par l'amputation. Il existe des dilatations kystiques se prolongeant jusqu'au mamelon, expliquant l'écoulement.

Examen histologique (Professeur Martin). Il s'agit d'un épithélioma glanduliforme du sein, avec réaction fibreuse extrêmement peu inflammatoire.

La malade est décédée en 1934 d'affection inconnue.

OBSERVATION XVII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur PATEL)

Madame D..., 46 ans, entre dans le service du Professeur Patel le 22 juillet 1931 pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans ses antécédents, si ce n'est une crise de rhumatisme articulaire aigu. Mariée, un enfant, pas de fausse-couche.

La tumeur du sein date de deux ans. La malade s'en est aperçue à l'occasion d'une poussée fébrile à 39°, avec douleurs au niveau du sein. Depuis, indolence complète. Ces derniers mois, elle a considérablement augmenté de volume, mais surtout la malade a constaté au moment de ses règles un écoulement de sang par le mamelon. Cet écoulement est devenu très abondant depuis 3 mois.

Examen général : arythmie complète.

Au niveau du sein droit, on note au-dessous du mamelon une tumeur de la grosseur d'une orange, n'adhérant ni à la peau, ni au plan profond. A la pression, un liquide sanglant sourd par le mamelon. Pas d'adénopathie.

Intervention le 27 juillet 1931. Amputation du sein suivant la méthode d'Halsted.

Examen histologique (Professeur Martin). Il s'agit de lésions présentant en certains points l'aspect d'une maladie de Reclus, en d'autres d'épithélioma dendritique.

Opérée depuis huit ans, la malade va bien.

OBSERVATION XVIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur PATEL)

Madame G..., 61 ans, entre le 29 juillet 1931 dans le service du Professeur Patel pour une tumeur du sein gauche, s'accompagnant d'hémorragies par le mamelon.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement elle a toujours eu une excellente santé. Réglée à 17 ans, mariée à 21 ans, 6 enfants, pas de fausse-couche.

Il y a un an environ, est apparu au niveau du mamelon gauche une petite induration, et de temps en temps il s'écoule par celui-ci un liquide jaunâtre.

L'examen montre que le mamelon gauche est ombiliqué, recouvert d'une petite croûte. On sent sous le mamelon une petite tumeur du volume d'un œuf, adhérente à la peau, mais mobile sur les plans profonds. Dans le creux axillaire correspondant, ganglions durs, roulant sous le doigt, dont l'un est du volume d'une noisette.

Intervention le 1^{er} août 1931. Halsted avec curage de l'aisselle.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma atypique du sein, sans caractères sécrétant, avec des zones de nécrobiose dans le stroma et au niveau des boyaux épithéliomateux. Ganglion complètement envahi par des formations néoplasiques de même nature.

Deux ans plus tard, 28 août 1933, la malade rentre dans le service pour métastase rectale. Amputation rectale par la voie abdominale (procédé d'Hartmann).

La malade est décédée quelques mois plus tard.

OBSERVATION XIX

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame M..., 44 ans, va consulter le Professeur Santy au mois de novembre 1931, pour des hémorragies au niveau du mamelon gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Hystérectomie et castration unilatérale il y a quatre ans, pour fibrome. Depuis, troubles de la ménopause, congestion mammaire.

On sent sous le mamelon une petite tuméfaction dont la pression fait sourdre un liquide hématique abondant. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 23 novembre 1931. Par une incision radiée, ablation d'un petit adénome.

Examen histologique (Professeur Noël). Fibro-adénome végétant intracanaliculaire sans signes de malignité.

Depuis sept ans et demi la malade va bien.

OBSERVATION XX

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame C., 27 ans, entre le 12 avril 1932 dans le service du Professeur Santy pour une petite tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est une pleurésie à 20 ans. Mariée, deux enfants bien portants, pas de fausse-couche.

L'affection actuelle a débuté il y a 8 mois par une tumeur de la taille d'un haricot. Depuis 3 mois la malade a constaté un écoulement de sang par le mamelon, beaucoup plus abondant au moment des règles.

L'examen général est négatif ; la malade signale néanmoins un amaigrissement de 3 kilos depuis le mois de janvier.

Au niveau du sein droit, on sent dans le quadrant supéro-externe une petite masse, allongée vers l'aisselle, dure, irrégulière, non douloureuse. La pression fait sourdre un liquide séro-sanguinolent assez abondant. Dans l'aisselle, deux ganglions de la taille d'une noisette.

Le sein gauche est normal.

Intervention le 13 avril 1932. Sous-anesthésie générale à l'éther ; ablation d'une petite tumeur, dont on fait pratiquer de suite l'examen histologique.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma incontestable, d'aspect assez polymorphe, ayant par endroits la structure de « l'épithélioma en rognons creux » de Delbet, et par ailleurs disposition atypique en boyaux pleins.

Intervention le 29 avril 1932. Devant la réponse du laboratoire, on fait une amputation large du sein, rendue difficile par l'expansion ganglionnaire jusque sous la clavicule droite d'une part, jusque dans la paroi externe de l'aisselle d'autre part. Envoi de deux ganglions pour examen histologique.

Examen histologique (Professeur Martin). Un des ganglions est simplement hyperplasié, l'autre est envahi par des boyaux épithéliomateux, rappelant l'épithélioma typique du sein.

En mai 1935, la malade, qui jusque là allait très bien, voit apparaître quelques petits nodules au niveau de la cicatrice opératoire. On lui fait un traitement radiothérapique en juin 1935, puis en juin 1936, au Centre anticancéreux. A ce moment on notait une récidence sur la cicatrice opératoire, avec une infiltration squirrheuse du sein gauche et une adénopathie axillaire gauche.

La malade est décédée le 15 décembre 1936 (4 ans après l'intervention).

OBSERVATION XXI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Mademoiselle B..., 22 ans entre dans le service du Professeur Tixier le 6 mai 1932 pour un écoulement au niveau du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est une hydarthrose du genou.

Depuis quelques mois, elle constate souvent au moment de ses règles l'apparition d'un liquide jaunâtre et gommeux au niveau du mamelon gauche.

Le sein est d'aspect normal ; à la palpation on constate vers sept heures la présence d'une petite tuméfaction molle, dont la pression fait sourdre un liquide gommeux par le mamelon. Pas d'adénopathie.

Intervention le 6 mai 1932. Sous-anesthésie locale, excision cunéiforme de la partie du sein où l'on percevait la tumeur.

Examen histologique (Docteur Pollosson). En certains points, aspect de l'adénome banal ; en d'autres, aspect de

l'épithélioma dendritique du sein, mais sans karyokynèses, sans monstruosité nucléaires. A noter des amas de nombreux lymphocytes, reflet d'une inflammation chronique assez poussée, mais sans caractère de spécificité histologique.

Depuis sept ans la malade va très bien ; aucune récurrence.

OBSERVATION XXII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame V..., 37 ans, entre le 27 mai 1932 dans le service du Professeur Tixier pour un écoulement sanglant du mamelon droit.

Rien à signaler dans les antécédents.

Cet écoulement a débuté il y a un an ; la malade n'avait pas noté de tumeur à cette époque. D'abord peu abondant, il est allé en s'accroissant, et actuellement c'est un écoulement de sang brunâtre, parfois très abondant, surtout au moment des règles.

A l'examen, le sein droit est d'apparence normale. A la palpation on sent deux petites tumeurs : l'une dans le quadrant supéro-interne de la glande, vers une heure ; l'autre à la partie inférieure, vers six heures. Elles m'adhèrent ni à la peau, ni au plan profond. Pas d'adénopathie.

Intervention le 26 mai 1932. Sous-anesthésie locale, excision des deux petites tumeurs par incision radiée à partir du mamelon. Celle qui est située vers une heure a le volume d'une grosse lentille, et sa pression fait sourdre du sang par le mamelon. L'autre, placée à six heures, est kystique, ne contient pas de sang, mais il existe à son intérieur une substance sébacée de coloration verdâtre, qui s'échappe des galactophores à la manière d'un vermicelle, et qui, à l'examen chimique, pratiqué par le Professeur Florence, se montre constituée presque uniquement de cholestérine.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Les fragments examinés montrent qu'il s'agit d'un adéno-fibrome, avec quelques végétations intracaneuses. Bénignité histologique.

Opérée depuis sept ans et demi, la malade va très bien. Localement, résultat opératoire excellent.

OBSERVATION XXIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur PATEL)

Madame M..., 55 ans, entre dans le service du Professeur Patel le 8 juillet 1932 pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté il y a 4 mois environ par l'apparition d'une tumeur dans le quadrant supéro-externe du sein gauche, de la grosseur d'une noisette, dure, mobile, qui a rapidement augmenté de volume. En palpant son sein, la malade faisait sourdre un liquide séro-hématique par le mamelon.

Malade pâle, qui a maigri de 5 kilos depuis trois mois.

Au niveau du sein gauche, qui est plus gros que le droit, on note une coloration rouge de la peau, qui est luisante et chaude. Dans la moitié supérieure de la glande, tumeur dure, douloureuse, du volume du poing, mobile sur les plans profonds, mais adhérente à la peau. La pression sur le mamelon, qui est normal, fait sourdre un liquide rosé. Petits ganglions axillaires.

Examen cardio-vasculaire : extra-systoles, bruit de galop, cœur en sabot. Tension artérielle 28/15. Gros disque d'albumine dans les urines.

Intervention le 21 août 1932. Amputation du sein et curage de l'aisselle, rapidement, étant donné le mauvais état général de la malade.

Examen histologique (Professeur Martin). Il s'agit d'un épithélioma atypique du sein.

La malade est décédée de récurrence cutanée avec envahissement du sein droit 16 mois après l'intervention.

OBSERVATION XXIV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame V..., 41 ans, entre dans le service du Professeur Santy le 11 juillet 1932 pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est une hystérectomie totale, en 1929, pour fibrome.

L'affection actuelle remonte à 2 mois et a débuté par des

douleurs dans le sein droit. La malade découvre alors une petite tumeur, puis, quelques jours plus tard, apparaît un écoulement séro-purulent strié de sang. Les douleurs, qui s'étaient calmées pendant une quinzaine de jours, réapparaissent plus intenses.

Il s'agit d'une malade dont l'état général est bien conservé : pas d'amaigrissement. L'examen général est négatif.

Au niveau du sein droit on sent, dans le quadrant supéro-externe, une petite tumeur dure, douloureuse, adhérente à la peau et au grand pectoral. Quelques ganglions axillaires, dont un très gros.

Intervention le 13 juillet 1932. Amputation du sein suivant la méthode d'Halsted. Evidement axillaire.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma paraissant tout à fait au début. En effet, la texture générale du fragment est celle d'une mastite chronique avec certains points adénomateux, dans lesquels s'esquisse l'aspect de l'adéno-fibrome de Ranvier, et au centre de ce tissu mammaire on voit un nodule assez bien limité, constitué par un amas des cellules épithéliomateuses qui sont groupées différemment sans agencement glanduliforme. Ces cellules sont très souvent monstrueuses ; il y a beaucoup de mitoses, et quelques-unes sont en voie de nécrobiose. C'est véritablement là l'aspect d'un cancer tout à fait au début.

La malade, opérée depuis sept ans, va actuellement très bien.

OBSERVATION XXV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame F..., 66 ans, entre le 6 août 1932 dans le service du Professeur Santy pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents : réglée régulièrement de 13 à 51 ans.

L'affection actuelle remonte à 2 ans environ. La malade s'est aperçue que le mamelon gauche se rétractait progressivement, sans douleur, ni suintement. Depuis 2 mois, suintement purulent.

A l'examen, le mamelon est rétracté, reposant sur une tumeur dure, adhérente à la peau, mais mobile sur le plan profond. Un ganglion dans le creux axillaire correspondant.

L'examen général est négatif.

Intervention le 8 août 1932. Amputation du sein suivant la méthode d'Halsted. Evidement de l'aisselle.

Examen histologique. Epithélioma atypique du sein sans caractère sécrétant, avec stroma à réaction fibreuse dense. Le ganglion est envahi par le néoplasme.

Nous avons revu la malade au mois de mars 1939. Depuis son opération elle va bien. Pas de récurrence, pas de signes de métastase.

OBSERVATION XXVI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame S..., 56 ans, entre dans le service du Professeur Villard le 9 janvier 1933 pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents. Mariée, deux enfants en bonne santé ; ménopause à 50 ans.

Il y a trois semaines, la malade a remarqué que son sein gauche avait augmenté de volume, était dur et douloureux. Par une pression légère, elle faisait sourdre par le mamelon un peu de liquide séro-sanguinolent.

A l'examen, le mamelon est rétracté, et on constate, au niveau de la partie supérieure du sein, la présence d'une masse indurée, diffuse, mal limitée, adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds. La pression légèrement douloureuse, fait sourdre par le mamelon un liquide séro-hématique abondant. Petits ganglions dans l'aisselle gauche.

Intervention le 13 janvier 1933. Amputation du sein, avec curage de l'aisselle. Résection des faisceaux thoraciques du grand pectoral.

Examen histologique. Epithélioma atypique du sein, avec, en un point, lésions inflammatoires d'allure kystique.

La malade est décédée en 1935 d'affection inconnue.

OBSERVATION XXVII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur agrégé ROCHET)

Mademoiselle M..., 29 ans, entre à l'hôpital le 29 avril 1933 pour des hémorragies du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Infirme présentant une scoliose dorsale gauche. Méningite dans l'enfance. Réglée à 13 ans, régulièrement depuis.

Le début des troubles actuels remonte à 3 ou 4 ans. Sans la moindre douleur, la malade s'aperçut d'un écoulement de sang par le mamelon droit. Il s'agit d'une petite hémorragie survenant tous les 15 ou 20 jours, durant 4 à 8 jours, ne présentant aucun rapport avec les règles.

A l'examen, état général excellent, examen somatique négatif. Localement, petite tumeur sous l'aréole, dont la pression fait sourdre un liquide sanglant.

Intervention le 30 avril 1933. Excision sous anesthésie locale d'une petite végétation intracanaliculaire sous le mamelon.

Examen histologique (Professeur Martin). Les lésions que l'on constate consistent simplement en une dilatation microkystique du conduit galactophore dans un stroma légèrement fibreux.

La malade entre de nouveau dans le service du Docteur Rochet le 22 novembre 1934 (19 mois après son premier séjour). Depuis une quinzaine de jours, elle se plaint de douleurs au niveau du sein droit, s'irradiant dans le dos. Les hémorragies qui avaient cessé pendant un an réapparaissent, assez abondantes (tachant deux tampons par jour), durant 2 ou 3 jours.

On sent au niveau du sein droit un petit noyau indolore situé dans le quadrant inféro-interne, sous le mamelon, non adhérent, et assez bien limité. Présence d'un ganglion axillaire droit.

Intervention le 30 novembre 1934. Anesthésie générale à l'éther. Incision semi-circulaire interne, séparant de la peau la portion correspondante de l'aréole. Par décollement et tractions progressives, la plus grande partie du quadrant inféro-interne de la glande est réséquée en bloc, en emportant la petite tumeur qui avait été perçue au palper. Capi-tonnage et fermeture totale.

Examen histologique (Docteur Dechaume). Le fragment examiné présente par places les caractères d'un adénome avec quelques éléments inflammatoires dans le stroma. Pas de signes de néoplasme.

Le 12 avril 1935, la malade, qui avait quitté le service il y a six mois, rentre à nouveau, parce que les écoulements sanglants réapparaissent depuis quelques jours, mais, con-

trairement aux précédents, ne s'accompagnent pas de douleurs.

A l'examen du sein : résultat esthétique parfait, il n'y a pas trace de la cicatrice de l'opération antérieure. On ne sent pas de tumeur, pas de ganglions axillaires.

Intervention le 16 avril 1935. Devant la persistance de ces hémorragies, on pratique l'amputation simple du sein.

L'examen histologique de la pièce opératoire n'a pu être pratiqué.

Le 31 août 1935, la malade revient pour la quatrième fois dans le service. Elle se plaint de douleurs au niveau du sein gauche, douleurs vives empêchant tout sommeil et s'accompagnant encore d'un léger écoulement de sang par le mamelon.

A l'examen. Etat général parfait. Pas d'amaigrissement. La glande mammaire gauche paraît d'aspect normal. La palpation est négative et non douloureuse. On ne perçoit pas de ganglions axillaires ni sus-claviculaires.

Intervention le 4 septembre 1935. Devant les antécédents de cette malade, on pratique l'amputation simple du sein gauche.

A l'examen macroscopique de la pièce opératoire on ne note pas de tumeur dendritique, mais seulement en certains points quelques formations adénomateuses qui saignent à la coupe.

Examen histologique (Docteur Dechaume). Adénofibrome en pleine activité, sans signes de transformation maligne. Il existe par places une infiltration inflammatoire.

Le 28 janvier 1937. Sur la cicatrice droite se sont développés de petits bourgeons. On pratique une biopsie, dont l'examen (Docteur Dechaume) montre qu'il s'agit d'une inflammation subaiguë sans aucun caractère tuberculeux ou syphilitique.

Nous revoyons la malade en janvier 1939. Etat général excellent. Localement, la cicatrice droite est légèrement rouge, recouverte de petites croûtelles jaunâtres dans sa partie supérieure. Vers son extrémité inférieure, au point où l'on fait la biopsie, existe une petite plaque de 2 centimètres environ, où l'épiderme a disparu. Cette petite ulcération ne s'est jamais fermée depuis la biopsie, et il s'écoule par là un liquide séro-sanguinolent assez abondant, nécessitant un pansement : une compresse tous les deux jours. Cet écoulement cesse au moment des règles

OBSERVATION XXVIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame C..., 40 ans, entre le 6 août 1933 dans le service du Professeur Santy, pour un kyste du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a toujours eu une excellente santé. Régée à 14 ans, peu abondamment mais régulièrement. Depuis plusieurs années, elle se plaint de douleurs d'allure névralgique dans la région mammaire gauche. Depuis 18 mois, légère recrudescence des douleurs au moment des règles ; en même temps apparition d'un suintement sanglant, noirâtre, peu abondant, qui se renouvelle au moment des règles. Depuis 8 mois ce suintement est continu ; depuis 3 mois les règles ont cessé.

A l'examen on sent, dans le quadrant inféro-externe du sein gauche, de petites masses dures, arrondies, roulant sous le doigt. Elles n'adhèrent pas à la peau. Le suintement déterminé par la palpation est jaunâtre. Pas d'adénopathie.

Intervention le 7 août 1933. Incision radiée partant du mamelon se dirigeant vers l'aisselle ; ablation cunéiforme de tout le segment de la glande correspondant, dans lequel on trouve plusieurs kystes séreux d'aspect bénin.

Examen histologique (Professeur Martin). Lésions de mastite kystique, avec certains points constitués par des amas de cellules en boyaux, mais sans caractères de malignité.

La malade, opérée depuis six ans, va bien ; mais depuis quelques mois elle souffre à nouveau du sein, bien qu'il n'y ait pas de tumeur.

OBSERVATION XXIX

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame R..., 41 ans, envoyée par le Docteur Trillat, vient consulter le Professeur Villard, au mois de décembre 1933, pour un écoulement sanguin par le mamelon droit.

Rien à signaler dans les antécédents : trois grossesses une fausse-couche de 5 mois.

En janvier 1933, la malade s'aperçoit qu'un peu de sang sourd par le mamelon droit. Depuis, ce suintement est permanent, mais beaucoup plus abondant au moment des règles.

A l'examen, intégrité de la glande mammaire et absence d'adénopathie, par contre la pression sur l'aréole provoque un écoulement séreux par le mamelon. La recherche par le signe du stylo permet de préciser que la pression sur le quadrant inférieur détermine en un point précis l'issue de liquide séreux, et une pression plus énergique s'accompagne d'émission de sang rouge. On se décide pour une intervention partielle.

Intervention le 13 décembre 1933. Résection triangulaire de l'aréole, comprenant la zone malade kystique. Le sommet du triangle correspond à l'orifice du canal galactophore par où s'écoulait le liquide. Guérison per primam.

Examen histologique. Adénome dendritique banal.

Depuis six ans la malade va bien.

OBSERVATION XXX

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DE ROUGEMONT)

Madame V..., 28 ans, vient consulter le Docteur de Rougemont, au mois de février 1935, pour des douleurs abdominales et des hémorragies au niveau du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, broncho-pneumonie dans l'enfance. Réglée régulièrement jusqu'à son mariage. Trois grossesses : la première à 8 mois, les deux autres à terme. Après les deux premiers accouchements, elle a présenté des poussées de congestion au niveau des deux seins, sans suppuration, sans incision. Quatre mois après son deuxième accouchement, le Docteur Delore pratique un curetage pour hémorragies, qui reste sans effet. Deux ans et demi plus tard, le Docteur Almartine pratique un nouveau curetage : les hémorragies cessent, les règles sont régulières mais douloureuses.

Après son troisième accouchement, en 1930, nouvel engorgement du sein gauche, avec température à 40°. L'abcès guérit sans incision, mais laisse persister un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. Cet écoulement, peu abon-

dant, survient quelquefois spontanément, mais surtout à la pression du sein. Devant la persistance de cet écoulement, elle entre, le 22 juin 1933, dans le service du Professeur Patel.

A l'examen, les seins sont d'aspect normal. La palpation du sein gauche permet de sentir des petites nodosités dans toute l'étendue de la glande, du volume d'une noisette ; l'une, située en dehors de l'aréole, est un peu plus volumineuse. Aucune adhérence ni à la peau ni au plan profond. Quelques petits ganglions dans l'aisselle gauche.

Intervention le 27 juin 1933 (Professeur Patel). Excision sous anesthésie locale d'un petit adénome.

Examen histologique (Docteur Dechaume). Les deux fragments examinés présentent les mêmes caractères. Il s'agit d'un adénofibrome végétant en pleine activité, sans signes de transformation maligne.

La malade sort de l'hôpital le 4 juillet 1933, mais quelques jours plus tard les hémorragies mammaires réapparaissent. En 1934, la malade présente des douleurs abdominales avec irradiations lombaires et crurales. Elle consulte alors le Docteur de Rougemont au mois de février 1935.

A l'examen, le toucher vaginal montre un utérus antéfléchi, à col un peu gros. Annexes douloureuses.

Au niveau du sein gauche, on sent sous l'aréole, dans le quadrant inféro-interne, vers sept heures, une petite tumeur arrondie, non adhérente. Sa pression fait sourdre par le mamelon un liquide séro-sanguinolent. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 6 février 1935. Salpingectomie bilatérale avec résection cunéiforme de la portion intra-murale. Ablation de l'ovaire droit.

Le 22 février, sous-anesthésie générale à l'éther, ablation de toute une partie du sein gauche, où il existe des dilatactions remplies de liquide noirâtre.

Examen histologique (Docteur de Rougemont). Adénofibrome végétant avec de nombreux kystes. Nombreux éléments inflammatoires.

La malade est revue au mois de mars 1939. Depuis 4 ans elle va très bien ; les hémorragies mammaires ne sont jamais réapparues. Résultat opératoire excellent.

OBSERVATION XXXI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame R..., 50 ans, entre le 24 juin 1935 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur au sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, réglée de 15 à 49 ans, hémoptysie à 20 ans et, depuis, fragilité pulmonaire. Mariée, elle a eu quatre enfants, dont un est mort en bas âge de broncho-pneumonie ; les trois autres sont bien portants. Une fausse-couche de 3 mois. En 1926, le Docteur Pellanda enlève dans le sillon sous-mammaire droit, sous anesthésie locale, une petite tumeur qu'il qualifie de kyste sébacé.

Il y a quatre ans, la malade découvre, au hasard de sa toilette, une petite tumeur dans le quadrant supéro-interne du sein droit. Elle ne consulte pas. Il y a un an environ, apparition de douleurs thoraciques à type « névralgie intercostale », irradiées dans le sein droit. Ces douleurs, qui avaient duré 48 heures, se répètent il y a un mois. En même temps la malade constate qu'il s'écoule un liquide sanglant par le mamelon correspondant.

Malade pléthorique dont l'examen général est négatif.

Le sein droit présente à sa partie interne, à côté du mamelon, qui est rétracté, une zone violacée de la dimension d'une pièce de 1 franc, dont la peau est lisse et brillante, et qui menace de s'ulcérer. A la palpation on note, au niveau des quadrants supéro et inféro-internes, une tumeur diffuse, de la grosseur d'une noix, dure, non douloureuse, mal délimitable. Elle n'est pas fixée aux plans profonds, mais la peau lui adhère. La pression sur l'aréole fait sourdre un liquide sanglant. Pas de ganglions axillaires.

Intervention le 1^{er} juillet 1935. Incision déportée en dedans, redressant le lambeau interne et faisant commencer le lambeau externe sur la mamelle elle-même, à cause de l'envahissement de la peau. Opération de Halsted à l'ordinaire très complète, remontant en haut jusqu'à la poignée du sternum, jusqu'au grand dorsal en bas, et pelant complètement la gouttière scapulaire et son aponévrose. Au passage, le nerf du grand dorsal, pris dans un paquet cellulo-ganglionnaire, doit être sectionné délibérément. Deux drains.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Epithélioma atypique du sein. A côté des noyaux néoplasiques, il existe des plages lymphocytaires d'inflammation subaiguë banale. La porte d'entrée de cette inflammation a son origine probable dans les canaux galactophores ; mais la tumeur n'est pas une tumeur intracanaliculaire, c'est bien un épithélioma glandulaire ayant son point de départ dans la glande elle-même.

La malade est allée tout à fait bien pendant 2 ans 1/2. Puis apparition d'une paraplégie. Une radiographie montre une métastase costo-vertébrale, atteignant la 11^e côte, les 11^e et 12^e vertèbres dorsales. Depuis quelques mois, douleurs lombaires très violentes, constipation opiniâtre, hématuries.

OBSERVATION XXXII

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé POLLOSSON)

Madame G..., 66 ans, entre le 28 juin 1935 dans le service du Docteur Pollosson pour une affection du sein droit.

Dans les antécédents on note seulement six fausses-couches.

Il y a deux ans, la malade a constaté que de temps en temps il s'écoulait par le mamelon droit un liquide séro-purulent ; mais la malade, ne souffrant pas, n'y prête pas attention. Depuis trois semaines, apparition de douleurs lancinantes empêchant tout sommeil.

L'examen montre, au niveau du sein droit, une tumeur de la taille d'une orange, de consistance uniformément dure, occupant la partie centrale de la glande, en arrière du mamelon qui est rétracté. Elle est mobile sur le plan des pectoraux, mais adhère à la peau. La pression est douloureuse et fait sourdre par le mamelon une goutte de liquide épais, jaunâtre. Pas d'adénopathie.

Examen somatique négatif. Les réactions sérologiques spécifiques sont négatives. Le Professeur Nicolas, consulté, élimine l'actinomycose, la bacillose, la syphilis, et pense qu'il s'agit d'un épithélioma de la glande mammaire à évolution lente, sans retentissement ganglionnaire. Le Docteur Pollosson, devant les antécédents, et bien que les réactions sérologiques soient négatives, conseille un traitement au muthanol et à l'iode de potassium.

Après une série de 10 injections de muthanol, la malade rentre chez elle. La tumeur a complètement disparu, mais la glande mammaire reste dure.

Des nouvelles de cette malade nous ont été données récemment par le Docteur Schirck. Le traitement spécifique a été continué, et, depuis quatre ans, la malade va bien, elle n'a jamais plus ressenti de douleurs, la tumeur n'a jamais reparu.

OBSERVATION XXXIII

(due à l'obligeance de

Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSON)

Mademoiselle P... 38 ans, vient consulter le Docteur Pollosson au mois d'août 1935 parce qu'elle présente une petite tumeur du sein gauche, s'accompagnant d'hémorragies par le mamelon.

Rien à signaler dans les antécédents.

Il y a un mois, pour la première fois, elle a remarqué que quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent suintaient par le mamelon gauche. Palpant son sein, elle y découvrit une petite tuméfaction. Depuis, cet écoulement s'est reproduit tous les 8 ou 10 jours, assez abondant, durant peu de temps, à la façon d'une poche liquide qui se vide soudain, dit la malade.

A l'examen, le sein gauche est d'aspect normal. Pas de rétraction du mamelon. La palpation montre, dans le quadrant supéro-interne, vers 10 heures, une petite tumeur, indolore, allongée, suivant le rayon, n'adhérant ni à la peau ni au plan profond. La pression fait sourdre par le mamelon un liquide rosé, puis nettement sanguinolent. Pas de ganglions perceptibles. Il semble s'agir d'un épithélioma dendritique intracanaliculaire.

Intervention le 13 août 1935. Excision de la petite tumeur sous anesthésie locale. Fermeture sur drainage filiforme.

Examen histologique. Tumeur végétante intracanaliculaire, sans signes histologiques de malignité.

Depuis quatre ans la malade va très bien, les hémorragies mammaires n'ont jamais réapparu.

OBSERVATION XXXIV

(due à l'obligeance de

Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSON)

Mademoiselle L..., 35 ans, vient consulter le Docteur Pollosson au mois d'octobre 1935, pour des hémorragies mammaires.

Rien à signaler dans les antécédents. Elle a toujours eu une excellente santé. Très bien réglée. Aucune affection antérieure du côté des seins.

Depuis 18 mois elle présente un écoulement spontané séro-sanguinolent par le mamelon droit, ne s'accompagnant d'aucune douleur.

A l'examen, le sein droit est d'aspect normal. Sous l'aréole on sent une petite tuméfaction nettement perceptible au doigt. La pression en ce point fait sourdre par le mamelon un liquide séro-sanguinolent. Pas d'adénopathie perceptible.

Intervention le 1^{er} novembre 1935. Sous-anesthésie locale, incision radiée, et simple excision cunéiforme de la portion de la glande où l'on percevait la tumeur. Envoi de la totalité de la pièce opératoire au laboratoire du Professeur Noël.

Examen histologique (Professeur Noël). Lésions typiques d'adénome végétant intracanaliculaire, mais en un point des deux fragments examinés on assiste à une dégénérescence manifeste. En effet, le stroma, très fibreux, est infiltré par des éléments atypiques, disposés en boyaux paucicellulaires, souvent en mitoses. Il y a lieu d'insister sur la localisation de la zone de dégénérescence, extrêmement peu étendue par rapport aux autres lésions.

Intervention le 3 décembre 1935. Devant la réponse du laboratoire, le Docteur Pollosson pratique l'amputation du sein, Sous-anesthésie générale, ablation simple du sein, sans évidemment axillaire. Envoi de la pièce au laboratoire.

Examen histologique (Professeur Noël). Adénome dendritique en voie de dégénérescence néoplasique.

La malade, régulièrement suivie, est revue au début de cette année. Depuis 3 ans et demi, état général excellent.

OBSERVATION XXXV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Mademoiselle B..., 52 ans, vient consulter le Professeur Santy, au mois de novembre 1935, pour des hémorragies au niveau du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents. Ménopause depuis 4 ans.

L'examen du sein étant entièrement négatif, le Professeur Santy conseille à la malade d'attendre, mais de revenir se montrer régulièrement.

La malade est revue au mois d'octobre 1936. Le mamelon est augmenté de volume, et il s'écoule à son niveau un peu de sang presque pur. L'examen fait sentir une petite tumeur sous le mamelon. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 23 octobre 1936. Ablation sous anesthésie locale d'une petite tumeur qui présente, à l'examen macroscopique, l'aspect d'un épithélioma dendritique.

Examen histologique (Professeur Noël). Adénome dendritique en pleine activité, avec plages de métaplasie idrosadénoïde. Il existe quelques nappes constituées par des cellules épithéliales adjacentes les unes aux autres, où toute trace d'édification glandulaire a disparu. Il n'existe en ces endroits ni atypies cellulaires, ni mitoses ; mais, du seul fait de leur existence, ils doivent être considérés comme un peu suspects. Evolution à surveiller. Toutes ces lésions sont immédiatement sous-jacentes à l'épithélium malpighien et paraissent développées aux seuls dépens des conduits galactophores.

Depuis 2 ans 1/2 la malade va bien. Pas de récurrence.

OBSERVATION XXXVI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame M..., 51 ans, entre le 2 janvier 1936 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents ; elle a toujours eu une excellente santé. Régulée normalement jusqu'à 49 ans, 2 enfants, pas de fausse-couche.

Il y a un an, elle s'est aperçue qu'il s'écoulait du mamelon

gauche un liquide jaunâtre qui devint rapidement sanglant. Puis au niveau du mamelon il se forme une petite croûte, en même temps qu'apparaît une tumeur qui augmente rapidement de volume. Depuis 6 mois atteinte de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement. Depuis 2 mois la malade souffre au niveau du sein.

Au niveau du sein gauche, le mamelon a complètement disparu ; à sa place on voit une ulcération entourée de tissu rétractile ; tout autour se trouvent des croûtes. Les veines superficielles sont dilatées. On sent une énorme tuméfaction du sein gauche, atteignant le volume d'une tête de nouveau-né, adhérente à la peau, très peu mobile sur le plan des pectoraux. Dans l'aisselle on sent une grosse tuméfaction, sans doute prolongement de la tumeur initiale. Un ganglion dans le creux sus-claviculaire.

Examen pulmonaire : râles sous-crépitants aux deux bases ; à la partie moyenne du poumon droit, diminution du murmure vésiculaire, râles sous-crépitants. La radioscopie montre à ce niveau une zone opaque arrondie. Il s'agit d'une métastase probable.

Intervention le 7 janvier 1936. Etant donné le mauvais état général de la malade, on décide de ne pratiquer qu'une intervention de propreté. Sous anesthésie locale, amputation simple du sein, puis on enlève une petite partie du grand pectoral. En prolongeant un peu l'incision vers le haut, on peut faire un curage complet de l'aisselle, où existent de nombreux petits ganglions. Un drain au point déclive.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Le fragment prélevé dans le sein est constitué par de la graisse et un peu de tissu fibreux. Il a certainement été prélevé en dehors de la tumeur. Le ganglion est envahi presque en totalité par des plages de cellules néoplasiques, qui signent la nature maligne de la tumeur du sein.

La malade est décédée le 15 mars 1936.

OBSERVATION XXXVII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame J..., 47 ans, vient consulter le Professeur Tixier au mois de février 1936 pour des hémorragies au niveau du sein gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a toujours eu une excellente santé. En 1933, hystérectomie totale pour fibrome, sans complications.

En janvier 1936, la malade constate qu'il s'écoule un peu de liquide sanguinolent par le mamelon gauche. L'examen pratiqué à cette époque montre qu'il existe vers une heure, en dehors de l'aréole, une légère induration. En février, cet écoulement se reproduit.

Intervention le 8 février 1936. Ablation cunéiforme de la portion de la glande où l'on percevait la tumeur, avec suture hémostatique et petit drainage filiforme.

Examen histologique (Professeur Martin). Les deux fragments examinés présentent l'aspect de l'épithélioma dendritique intracanaliculaire ; pas de signes de malignité.

L'opérée est revue le 22 décembre 1938. Etat général excellent. Localement, résultat parfait : la cicatrice partant de la base du mamelon a 6 centimètres de long, elle reste indépendante des plans profonds. Le mamelon a conservé sa forme ; aucune rétraction. La malade, après son hystérectomie totale, a pris régulièrement de la folliculine. Elle signale que parfois, après la folliculine, elle a présenté un petit écoulement jaunâtre au niveau du sein gauche.

OBSERVATION XXXVIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame J..., 78 ans, entre le 16 avril 1936 dans le service du Professeur Tixier, pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a toujours eu une excellente santé. Réglée régulièrement jusqu'à 53 ans. Elle a eu 8 enfants, dont 4 sont morts de maladies de l'enfance. A noter qu'une de ses filles a subi une intervention pour tumeur bilatérale des seins.

Le début de l'affection actuelle remonte à 4 mois, par la constatation fortuite d'une petite tuméfaction dans le sein droit, de la taille d'une grosse amande, qui depuis n'a cessé d'augmenter de volume.

Examen général négatif.

Le sein droit est un peu plus tombant que le gauche. La palpation permet de reconnaître une tumeur du volume d'une grosse orange, de consistance très dure, de forme irrégulière, mais à contours précis. Aucune adhérence à la peau ni au plan profond, mais la pression sur le sein fait apparaître au mamelon un liquide sanglant. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 19 mars 1936. Sous anesthésie locale, rapidement amputation du sein, avec incision en raquette permettant de pratiquer l'évidement partiel de l'aisselle.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire donne l'impression qu'elle est constituée par des blocs extrêmement nombreux, tendus, donnant la sensation d'une tumeur polykystique. A l'ouverture, la tumeur se montre constituée par un énorme kyste à parois lisses, contenant un liquide franchement hématique.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Adénome diffus presque pur, type adénome papillaire, mais sans aucune malignité histologique.

Nous avons revu la malade au début de cette année. Opérée depuis 3 ans, elle va très bien. Pas d'adénopathie axillaire ni sus-claviculaire. Pas de signes de métastase.

OBSERVATION XXXIX

(due à l'obligeance de
Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSON)

Madame V..., 77 ans, entre dans le service du Docteur Pollosson le 31 août 1936 pour une tumeur du sein gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Depuis 2 ans elle présente une tumeur indolore du sein gauche. Depuis un mois elle est devenue douloureuse, et de temps en temps il s'écoule une goutte de sang par le mamelon.

Le sein gauche présente au niveau du mamelon une tumeur arrondie, d'une dureté ligneuse, de la grosseur d'une prune, douloureuse à la pression. Elle adhère à la peau, mais non au plan profond. Le mamelon, couvert de croûtelles, est dur ; sa pression ne fait sourdre aucun liquide. Pas de ganglions perceptibles.

Examen somatique négatif.

Intervention le 9 septembre 1936. Sous anesthésie régionale à la scurocaïne, ablation de la glande mammaire.

Examen histologique (Professeur Martin). Epithélioma alvéolaire du sein, sans caractères glanduliformes.

Depuis 2 ans et demi, la malade va bien.

OBSERVATION XL

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame V... 62 ans, vient consulter le Professeur Villard au mois de septembre 1936 pour un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon droit.

Rien à signaler dans les antécédents : 6 grossesses suivies d'allaitement, gerçures du sein.

En juillet dernier, la malade s'aperçoit que le sein droit est sensible à la palpation. Depuis 12 jours, apparition d'un petit écoulement sanguin par le mamelon correspondant. Cet écoulement, très peu abondant, survient tous les 3 ou 4 jours. Le sein est légèrement sensible. La malade, anxieuse, est allée consulter un chirurgien qui lui a proposé l'ablation du sein avec curage de l'aisselle. Effrayée, elle vient alors consulter le Professeur Villard.

A l'examen, le sein est souple, sans induration, sans adénopathie. La pression dans le quadrant inférieur de l'aréole, en un point précis, fait sourdre un peu de sang noir par le mamelon. Le diagnostic porté est celui de dilatation pseudo-kystique des conduits galactophores dans le quadrant inférieur de l'aréole, avec végétations dendritiques hémorragiques.

Intervention le 25 septembre 1936. Résection triangulaire d'un tiers du mamelon et du quadrant inférieur de l'aréole. Ce fragment est farci de dilatations galactophoriques ; on ne voit pas de franges vasculaires, mais celles-ci ont pu échapper, toutes les dilatations n'ayant pas été incisées. Aucune induration néoplasique.

Examen histologique (Professeur Martin). Les deux fragments examinés présentent les mêmes caractères : lésions inflammatoires chroniques au niveau des acini et des canaux, avec métaplasie des revêtements, réalisant l'aspect de la maladie de Reclus. Pas de signes de malignité.

En juin 1937, la malade revient parce que les mêmes phénomènes se sont produits à gauche. Les constatations cliniques sont identiques.

Intervention. Résection triangulaire de l'aréole et du mamelon.

Depuis 3 ans la malade va bien.

OBSERVATION XLI

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé POLLOSSON)

Madame C..., 46 ans, entre le 14 janvier 1937 dans le service du Docteur Pollosson pour une hémorragie mamelonnaire.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a toujours eu une excellente santé. Régée à 13 ans, mariée, deux enfants, pas de fausse-couche.

Depuis 2 mois environ, la malade constate un écoulement de sang par le mamelon droit, ne s'accompagnant d'aucune douleur.

L'examen montre dans le quadrant supéro-interne du sein droit une petite masse indurée non douloureuse. La pression à ce niveau fait sourdre par le mamelon un liquide sanguinolent ; reçu sur un tampon, il y laisse une tache brunâtre auréolée d'un liséré jaunâtre. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 16 janvier 1937. Sous anesthésie locale, résection cunéiforme de la portion du sein où on sentait la tumeur.

L'examen de la pièce opératoire montre une glande mammaire qui a l'aspect d'une maladie de Reclus. Elle est criblée de petits kystes bleutés (en grains de plomb). La sérosité qui s'écoule est brunâtre. En dehors de la partie réséquée, la glande paraît saine.

Examen histologique (Professeur Martin). Il s'agit d'une mastite chronique type Reclus. Aucun signe de malignité.

Depuis 2 ans 1/2 la malade va bien ; pas de récurrence.

OBSERVATION XLII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame L..., 62 ans, entre dans le service du Professeur Tixier le 20 mai 1937 pour un écoulement de sang apparu il y a quelques jours au niveau du mamelon droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Divorcée, son mari est mort d'affection inconnue. Un enfant vivant, 11 fausses-couches survenant au 6^e mois. Opérée il y a 5 ans d'un polype hémorragique de l'utérus.

Actuellement, depuis quelques jours, écoulement sanglant par le mamelon droit, provoqué par la palpation, survenant spontanément à tout moment.

A l'examen, on sent une masse para-mamelonnaire de la grosseur d'une noix, située sur le rayon séparant les quadrants supéro et inféro-externes. Pas d'adhérences à la peau ni au plan profond. Pas de ganglions perceptibles. Le sein gauche est normal.

Accidents cutanés au niveau de l'avant-bras droit et du flanc gauche, rattachés à une syphilis tertiaire. Réactions sérologiques (Bordet-Wassermann, Kahn, Moenicke) très positives.

Intervention juillet 1937. En raison du mauvais état général de la malade, on ne fait pas d'Halsted. Amputation cunéiforme de tout le lobe inférieur du sein. Un drain au point déclive. A l'examen de la pièce opératoire on découvre, le long d'un galactophore, une petite cavité grosse comme une tête d'épingle en verre remplie d'un sang poisseux, noirâtre. La cavité elle-même a une paroi lisse et brillante sans véritables saillies papillomateuses comme dans les épithéliomas dendritiques.

Examen histologique (Docteur Pollosson). Sur un fragment plage épithéliale typique, limitée par un cercle fibro-scléreux très net. Karyokynèses assez rares : aspect de végétations épithéliales intracaniculaires. Sur un deuxième fragment, plage épithéliomateuse diffuse dont la malignité est évidente.

Depuis deux ans, la malade a pris régulièrement du sirop de Gibert ; elle va bien ; pas de récidence locale, pas de signes de métastase.

OBSERVATION XLIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame C..., 50 ans, entre à l'hôpital le 21 juillet 1937 pour une affection du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, réglée régulièrement de 11 ans à l'an dernier. Actuellement les règles sont irrégulières. Métrite il y a une douzaine d'années. Il y a quelques mois elle s'est aperçue que son sein droit était lourd et un peu dur. Au moment des règles elle a vu suinter par le mamelon un liquide que la malade compare à du colostrum.

A l'examen, on constate au niveau du sein droit, dans le quadrant inféro-externe, une masse du volume d'une noix, dure, bien limitée, sans aucun prolongement, roulant sous le doigt. Pas d'adhérences ni à la peau ni au plan profond. La palpation forte est indolore, mais fait sourdre par le mamelon un liquide lactescent. Pas de ganglions perceptibles.

Examen somatique négatif.

Intervention le 22 juillet 1937. Par une incision sous-mammaire externe, on extirpe la tumeur qui est mal limitée, adhérente par de véritables racines. A la coupe cavité kystique, à contenu louche, jaunâtre, mais non sanglant. La paroi intérieure du kyste est absolument lisse, mais il existe une grosse réaction fibreuse kystique.

Examen histologique (Professeur Martin). Lésions de mastite kystique, sans signes de transformation maligne. Mais en plusieurs points on observe des suffusions hémorragiques.

Depuis 2 ans, la malade va bien.

OBSERVATION XLIV

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame P..., 50 ans, entre le 18 août 1937 dans le service du Professeur Tixier parce qu'elle présente depuis 4 jours un écoulement sanglant par le mamelon droit.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Il s'agit d'une syphilitique traitée. Depuis plusieurs années déjà, la malade a remarqué, au niveau du deuxième espace intercostal droit, une tumeur qui n'a fait que s'accroître depuis 2 ans, pour atteindre actuellement le volume d'une amande. C'est une tumeur sous-cutanée non adhérente à la peau ni aux plans profonds.

Au niveau du sein droit, la palpation fait sentir près du mamelon dans le quadrant inféro-externe une petite tumeur mal limitée, avec quelques petits noyaux dans la glande. La pression fait sourdre un peu de liquide sanglant. Nombreux petits ganglions dans l'aisselle correspondante.

Intervention le 23 août 1937. Anesthésie générale à l'éther. Halsted typique avec curage de l'aisselle.

A l'examen macroscopique, on trouve au voisinage du mamelon une petite tumeur ayant l'aspect d'un épithélioma dendritique. Un peu plus haut, dans le quadrant supéro-interne il existe une petite masse du volume d'un noyau de pêche qui paraît de nature maligne.

Examen Histologique (Docteur Croizat). Les deux fragments examinés sont constitués par des formations kystiques et des formations végétantes à épithélium cylindrique qui rappellent les formations rencontrées dans les tumeurs dendritiques intra-canaliculaires. Le caractère exubérant des formations épithéliales fait porter le diagnostic d'épithélioma dendritique du sein.

Depuis 2 ans la malade va bien.

OBSERVATION XLV

(due à l'obligeance de

Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSEN)

Madame R..., 57 ans, entre le 21 août 1937 dans le service du Docteur Pollosson pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a toujours eu une excellente santé. Mariée, elle a eu 3 enfants, dont un mort-né, un autre décédé de méningite. Il y a 12 ans, incision d'un abcès au niveau du sein droit ; un peu plus tard au cours de l'allaitement, galactophorite. Il y a 3 ans elle a reçu un coup de corne de vache au dessus du sein droit.

Depuis 4 mois, le sein droit a augmenté de volume. Au début il était douloureux, et il s'écoulait du sang par le mamelon. Par la suite les douleurs disparaissent, l'écoulement se tarit, et la tumeur augmente de volume. Récemment douleurs névralgiques dans le membre supérieur, avec un peu d'œdème.

L'examen montre que le sein droit est dans son ensemble augmenté de volume. Le mamelon est rétracté. On sent au centre de la glande une tumeur dure, mal limitée, indolore, adhérente à la peau. Présence de petits ganglions axillaires, et d'un ganglion sus-claviculaire.

Examen somatique négatif.

Intervention le 31 août 1937. Halsted, avec curage de l'aiselle.

Examen Histologique (Professeur Martin) Epithélioma atypique alvéolaire du sein.

La malade est revue en novembre 1937. Elle présente à droite de nombreux ganglions carotidiens le long du trapèze, et une grosse adénopathie sus-claviculaire. Traitement radiothérapique (1800 r) sur le creux sus-claviculaire droit. Légère amélioration.

Le 22 mars 1938. Récidive *in situ*. La cicatrice opératoire est violacée, dure. Le membre supérieur est très œdématisé, dur, immobile. Présence de nombreux ganglions axillaires et cervicaux très indurés, et entourés d'une gangue de périadénite si dure qu'elle interdit presque la flexion du cou. En outre envahissement du sein gauche. Tumeur du volume d'une orange, rétractant le mamelon, et adhérente au grand pectoral. Nombreux ganglions axillaires gauches.

La malade est décédée le 22 avril 1938.

OBSERVATION XLVI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur SANTY)

Madame T..., 52 ans, vient consulter le Professeur Santy le 9 octobre 1937 pour des hémorragies au niveau du mamelon droit.

Rien à signaler dans les antécédents.

Il y a 8 mois, la malade voit sourdre au niveau du mamelon droit quelques gouttes de sérosité sanguinolente. Un examen pratiqué à cette époque ne révèle rien d'anormal. Cet

écoulement a persisté quelques temps, mais depuis le mois de juin il est plus abondant et nettement sanglant. Depuis quelques semaines, une petite induration est apparue au niveau du mamelon.

L'examen du sein montre l'existence d'une tumeur en « macaron », au-dessus et en dedans du mamelon, de la grosseur d'une amande. La pression à ce niveau fait sourdre un liquide brun rouge. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 15 octobre 1937. Par une incision radiée à partir du mamelon on pratique une biopsie de la tumeur.

Examen histologique (Professeur Noël). Epithélioma très atypique, se présentant généralement sous la forme de travées paucicellulaires infiltrant diffusément le stroma, se montrant en quelques points comme des plages assez vastes au sein desquelles se différencient des cavités glanduliformes dont quelques-unes sont dilatées en de véritables kystes.

Intervention le 21 octobre. Devant la réponse du laboratoire, amputation du sein suivant la méthode d'Hasted.

Depuis 18 mois la malade va bien, pas de récidence locale, aucun signe de métastase.

OBSERVATION XLVII

(due à l'obligeance de

Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSON)

Madame C..., 42 ans, entre à l'Hôpital le 3 janvier 1938 pour des hémorragies mamelonnaires gauches.

Son père est mort d'une maladie de cœur, sa mère d'un cancer au sein à 32 ans.

Mariée, deux enfants bien portants. Réglée à 18 ans, régulièrement tous les 26 jours, Rougeole à 30 ans.

Il y a 15 mois la malade s'aperçut d'un petit écoulement séreux au niveau du sein gauche. Cet écoulement, peu abondant, est réapparu tout à fait irrégulièrement depuis. Vers le 20 novembre 1937, à l'occasion de ses règles, qui avait été moins abondantes, la malade a constaté que l'écoulement était légèrement sanglant. Depuis l'écoulement est devenu plutôt jaunâtre, il tâche davantage le linge sans être pour cela plus abondant.

Sein gauche d'apparence normale. Dans le quadrant inféro-externe de la glande on sent une petite tuméfaction allongée

suivant le rayon. La pression à ce niveau, légèrement douloureuse, fait sourdre un liquide blanc jaunâtre. Pas de ganglions perceptibles.

Examen somatique négatif.

Intervention le 5 janvier 1938. Sous anesthésie locale, ablation cunéiforme d'un bon tiers de toute la glande mammaire, car on a beaucoup de difficulté à localiser la lésion. Ablation du mamelon. Fermeture sur un drain.

L'examen de la pièce montre très nettement, dans la région péri-mamelonnaire, deux poches dilatées sous forme de kystes lisses, qui contiennent des végétations intrakystiques (frai de poisson) libres, qui s'éliminent à la manière de la couleur lorsqu'on presse sur un tube. Le liquide exprimé est nettement séreux, mais lorsqu'on persiste il devient sanglant.

Examen Histologique (Docteur Guichard). Adénome dendritique sans signes histologiques de malignité.

Opérée depuis 1 an et demi, la malade va très bien.

OBSERVATION XLVIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Madame M., 57 ans, entre le 14 février 1938 dans le service du Professeur Tixier pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents. Elle n'a jamais été malade ; elle a eu 6 enfants, dont 4 sont morts en bas âge, d'affection indéterminée. Réglée normalement jusqu'à 39 ans.

Il y a deux ans, elle s'est aperçue, à l'occasion d'un coup, de l'existence dans le sein droit, d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Au mois d'août 1937, elle ressent des douleurs violentes au niveau du sein, qui parfois la réveillent la nuit. Elles sont allées en s'accroissant jusqu'à ce jour. Depuis décembre 1937, il s'écoule par le mamelon une sérosité noirâtre.

C'est une malade dont l'état général est bon, bien qu'elle signale un amaigrissement de 14 ou 15 kilos. L'examen somatique est entièrement négatif.

Au niveau du sein droit, on perçoit à la périphérie latéro-sternale une masse grosse comme une noix, mobile sur le plan profond, mais qui commence à adhérer à la peau. Pas de ganglions axillaires.

Intervention le 21 février 1938. Halsted typique, suture totale aux crins, un drain dans l'aisselle.

A la coupe, la tumeur présente les caractères du carcinome du sein. De la tumeur, on voit se dirigeant vers le mamelon deux ou trois conduits galactophores qui sont gorgés de sang, mais il n'existe pas de tumeur proprement dite sous le mamelon. Les petits ganglions axillaires ne paraissent pas envahis.

Examen Histologique (Docteur Guichard). Il s'agit d'un épithélioma endocrine du sein. Les ganglions présentent une des images de transformation réticulaire partielle. Le parenchyme lymphoïde est diminué. Pas de métastase ni d'envahissement néoplasique.

En octobre 1938, la malade ne peut toujours pas se servir de son bras droit. Gros œdème de la main.

OBSERVATION XLIX

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur agrégé ROCHET)

Madame P..., 34 ans, entre le 4 juillet 1938 dans le service du Docteur Rochet pour une affection du sein gauche s'accompagnant d'un écoulement de sang par le mamelon.

Rien à signaler dans les antécédents : bien réglée, mariée, elle a 3 enfants en bonne santé, 2 fausses-couches.

L'affection actuelle remonte à 2 ans ; la malade constate à cette époque qu'il s'écoule par le mamelon gauche quelques gouttes de sang. C'est du sang noir, peu abondant. Cet écoulement apparaît tous les jours pendant 3 ou 4 mois, puis tout cesse jusqu'en avril 1938 où les écoulements réapparaissent ; en même temps la malade perçoit l'existence d'une petite masse, arrondie, douloureuse, au-dessous du mamelon. Le Docteur consulté à cette époque avait indiqué la nécessité d'une intervention chirurgicale. La malade refuse et se contente d'appliquer des compresses humides sur le sein, ce qui, d'après elle, a fait rétrocéder le volume de la tumeur. Mais devant la persistance des hémorragies, elle se résout à entrer à l'Hôpital.

On perçoit au niveau du sein gauche, une masse dure, formée de 2 ou 3 noyaux, située dans le quadrant inféro-interne très près du mamelon, qui est rétracté. Pas d'adhérences à la peau, ni au plan profond. Un petit ganglion axillaire.

Examen somatique négatif.

Intervention le 8 juillet 1938. Amputation du sein par la méthode d'Halsted.

Examen Histologique (Professeur Martin). Epithélioma diffus constitué par des cellules qui parfois affectent un groupement glanduliforme, mais qui le plus souvent sont tassées sans ordre et accolées les unes aux autres sans interposition de collagène. Beaucoup de ces cellules sont volumineuses ; arrondies avec une goutte sécrétée au centre du protoplasma, qui leur donne l'aspect de cellules en bagues. Mais après traitement des coupes par le mucicarmin, on se rend compte que, contrairement à l'attente, cette goutte sécrétée ne prend pas les colorants. Il ne s'agit donc pas de mucus. Il s'agit d'un épithélioma sécrétant, mais non mucoïde, c'est un fait signalé par Delbet, mais rare.

La malade va actuellement très bien.

OBSERVATION L

(due à l'obligeance de

Monsieur le Professeur agrégé POLLOSSON)

Madame V..., 51 ans, vient consulter le Docteur Pollosson au mois de juillet 1938 pour une affection du sein droit, s'accompagnant depuis 1936 d'un écoulement par le mamelon.

Elle a toujours eu une bonne santé. Réglée régulièrement de 17 à 48 ans, un enfant à 28 ans, qui se porte bien. Elle signale qu'elle a toujours beaucoup souffert de ses seins au moment des règles, et que les tubercules de Montgomery ont toujours été hypertrophiés. En 1929, elle fait une chute sur le sein droit.

Au début de 1936, alors qu'elle était encore réglée, la malade constate qu'au niveau du mamelon droit il s'écoule spontanément un liquide blanchâtre lactescent, mais depuis des années la pression des seins faisait sourdre un peu de lait en dehors de toute grossesse ou fausse-couche. A partir de 1936, l'écoulement devient beaucoup plus abondant en même temps qu'il change de couleur devient café au lait, puis brunâtre. Vers le mois de juin 1936, elle se montre à un médecin : l'examen du sein est entièrement négatif, la pression ne fait sourdre aucun liquide. Au mois de mai 1938, la malade consta-

te la présence d'une petite tuméfaction dans le sein droit, elle consulte alors le Docteur Pollosson.

L'examen du sein montre, vers midi, une petite tumeur mobile. La pression à ce niveau fait sourdre un liquide brunâtre. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 19 juillet 1938. Sous anesthésie générale, résection cunéiforme large de la partie supérieure du sein.

La pièce opératoire montre une glande criblée de kystes bleutés, en grains de plomb. Tout est macroscopiquement bénin, sauf en un point où l'on trouve un petit élément gros comme un demi noyau de cerise, dur, criant sous le couteau, et très suspect.

Examen Histologique (Docteur Guichard). Le premier fragment envoyé est presque entièrement constitué par des lésions typiques de la maladie de Reclus : nombreux kystes, souvent de grandes dimensions, parfois entourés d'une exsudation lymphocytaire ; zones de métaplasie idrosadénoïde. Le deuxième fragment comprend d'une part les mêmes lésions, et en second lieu un épithélioma atypique, sous forme de cellules épithéliales isolées ou groupées en rubans, en boyaux pleins sans différenciation glandulaire, avec atypies nucléaires : mitoses, noyaux bourgeonnants et anarchiques. Sur un point de la coupe, on peut saisir le début de la transformation maligne, sous forme d'un petit kyste dont les noyaux cellulaires deviennent bourgeonnants et mystérieux. En somme épithélioma atypique greffé sur une maladie de Reclus.

Intervention le 29 juillet 1938. Devant la réponse du laboratoire, sous anesthésie générale, Halsted : ablation des muscles pectoraux et évidemment axillaire. Dans la région sous-claviculaire, un seul ganglion macroscopiquement envahi ; l'examen histologique est confirmatif. Pas de ganglions axillaires reconnus.

La malade va actuellement bien.

OBSERVATION LI

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Sœur G..., 43 ans, entre dans le service du Professeur Tixier, le 17 août 1938, pour une tumeur du sein droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Personnellement, réglée normalement. A 37 ans, hystérectomie totale (Docteur Laroyenne) pour tuberculose génitale.

L'affection actuelle remonte à 2 mois, elle a débuté par un écoulement jaunâtre sanguinolent au niveau du sein droit. La malade se plaint également de douleurs dans le bras et l'épaule droits.

Etat général excellent. L'examen somatique est négatif.

Au niveau du sein droit, on sent, partant du mamelon et se dirigeant en dedans et en haut une sorte de cordon dur et consistant, assez homogène, non adhérent à la peau, ni au plan profond. La pression fait sourdre un liquide séro-sanguinolent.

Intervention le 20 août 1938. Amputation simple du sein sous anesthésie générale à l'éther. Suture aux crins, et drainage.

Examen histologique (Docteur Guichard). Le fragment examiné est occupé par de très abondants acini glandulaires, en voie d'hyperplasie et présentant à certains points une différenciation kystique. Pas de lésions d'épithélioma.

La malade va actuellement très bien depuis un an.

OBSERVATION LII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur TIXIER)

Mademoiselle T., 47 ans, vient consulter pour des hémorragies au niveau du mamelon gauche.

Rien à signaler dans les antécédents, réglée régulièrement, pas de retentissement mammaire notable.

Depuis deux mois il s'écoule par le mamelon gauche une minime quantité de sang, noirâtre, poisseux ; par moments la malade ressent quelques lancées douloureuses, fugaces. Justement préoccupée, elle consulte le Docteur Brunat, qui demande l'avis du Professeur Tixier.

A l'examen, gouttelettes de sang à la plus légère pression à la base du mamelon. La palpation minutieuse montre l'existence, en dehors de l'aréole se prolongeant vers huit heures dans le quadrant inféro-interne, d'une petite tuméfaction, irrégulière, diffuse, dont la pression fait sourdre par le mamelon du sang poisseux. Aucune modification ni dans la forme, ni dans le volume de la glande. Aucune adhérence

ni superficielle, ni profonde. Petit ganglion dans l'aisselle correspondante.

On porte le diagnostic de cancer du sein du type épithélioma dendritique ; une opération radicale s'impose.

Intervention le 23 novembre 1938 (Professeur Tixier-Docteur Brunat). Très large exérèse du sein suivant le type Handley : dissection soigneuse des aponévroses d'enveloppe du grand pectoral tout en respectant les muscles, car la tumeur est minuscule. Evidement du creux axillaire où on ne découvre qu'un seul ganglion.

Examen de la pièce. On est obligé de pratiquer des coupes serrées de la glande pour découvrir un petit noyau gros comme une noisette, dur, criant sous le scalpel. Au centre, sang noirâtre. Le ganglion ne paraît pas envahi.

Examen histologique (Professeur Martin). Le mamelon ne présente pas de lésions histologiques appréciables.

Sein. Les lésions sont celles d'un cancer développé sur une mastopathie kystique : en effet, dans un stroma fibreux, avec des points un peu œdémateux, on trouve des kystes bordés par une assise de cellules aplaties ou cubiques, et dont la lumière est encombrée par un produit de sécrétion albumineux. D'autres formations microkystiques présentent une hyperplasie de la couche myo-épithéliale. D'autres enfin sont papillaires. Des bourgeonnements épidermiques encombrant plus ou moins la lumière des cavités dans lesquelles on retrouve assez souvent un produit de sécrétion des plus nets. Dans certaines autres édifications épithéliales, on retrouve encore l'aspect kystique, mais les cellules qui bordent ce kyste présentent des signes indéniables de cancérisation : monstruosité cellulaires, mitoses. Enfin, en un point assez bien limité d'ailleurs, on voit des boyaux épithéliomateux pleins, ou des cellules isolées, se disperser dans le stroma, ce qui est une autre preuve morphologique de la cancérisation de cette mastopathie.

Ganglion non envahi.

La malade va très bien.

OBSERVATION LIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur VILLARD)

Madame D..., 49 ans, vient consulter le Professeur Villard au mois de mars 1939, pour un écoulement mammaire.

Rien à signaler dans les antécédents : deux grossesses suivies d'allaitement, une fausse-couche, sécrétion lactée prolongée.

Depuis 10 ans, il existe un écoulement séreux par les deux mamelons. Depuis octobre 1938, à gauche, le suintement est devenu brunâtre, hémorragique.

L'examen montre une dégénérescence microkystique bilatérale de la glande mammaire, plus accentuée à gauche. La pression sur l'aréole gauche provoque en un point très limité, et difficile à mettre en évidence, le suintement par le mamelon de quelques gouttes de sang noirâtre. Pas d'adénopathie perceptible.

Intervention le 20 mars 1939. Ablation de la zone aréolaire malade et de tout le mamelon.

Examen histologique (Professeur Noël). Fibroadénome kystique, et zones de métaplasie idrosadénoïde, donnant l'aspect de la maladie de Reclus. Les espaces inter et périacineux sont infiltrés par des éléments lymphocytaires et plasmocytaires. Quelques canaux sont de taille normale, d'autres dilatés en kystes contiennent un magma rosé, faiblement éosinophile. Les vaisseaux sont congestionnés, et enfin on voit dans certains points, le stroma dissocié par des plages hémorragiques dans lesquelles on peut reconnaître les globules rouges. Pas de franges dendritiques.

La malade va bien.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

I. — FREQUENCE

Les écoulements sanglants par le mamelon ne sont pas, comme on pourrait le croire en parcourant la littérature, un symptôme fréquent des tumeurs du sein. Delbet, sur 228 tumeurs du sein, l'a rencontré 20 fois (8,08 %). Baumgartner, dans son article du « Traité de chirurgie » de Le Dentu et Delbet, affirme même qu'il ne se rencontre qu'assez rarement. Ducuing, sur 150 cas, a noté 17 mamelles saignantes. Miller et Lewis l'ont observé 23 fois sur 274 cas de tumeurs bénignes, 27 fois sur 426 cas de tumeurs malignes.

II. — CAUSES FAVORISANTES

A) Le sexe :

Les hémorragies mammaires peuvent se voir chez l'homme, mais c'est un fait exceptionnel. Martin a pu réunir seulement 15 cas, c'est dire leur rareté. C'est surtout chez la femme que l'on rencontre ce symptôme, et plus particulièrement chez la femme qui a accouché et allaité.

B) L'âge :

Cet écoulement s'observe à tous les âges. On a signalé quelques observations entre 10 et 20 ans, Tédénat rapporte le cas d'une jeune fille de 17 ans, Erdheim 3 cas chez des jeunes filles de 17 à 19 ans, mais ce sont des cas rares. Barfurth et Czerny ont même décrit des hémorragies chez le nouveau-né. Ce phénomène dû à la folliculine d'origine maternelle, est connu aujourd'hui sous le nom de « crise génitale du nouveau-né ».

Pour de nombreux auteurs c'est surtout après 40 ans, « au moment de la ménopause » (Tzovaru) que l'on rencontre ce symptôme. S'il est vrai que c'est surtout entre 40 et 50 ans qu'on l'observe le plus souvent, il n'est pas exceptionnel de le voir chez des femmes jeunes, beaucoup plus fréquemment peut-être que n'ont voulu le dire Jeanneney et Dubarry. On le rencontre également chez des femmes âgées, et même chez des vieillards. Sur les 53 observations que nous avons pu recueillir, nous l'avons rencontré dans les proportions suivantes :

de 22 à 40 ans : 13 fois

de 41 à 50 ans : 17 fois

de 51 à 60 ans : 12 fois

de 61 à 80 ans : 11 fois

Tzovaru accorde une grosse importance à l'âge quand l'écoulement ne s'accompagne pas de tumeur : « chez la femme jeune, il fait présumer de troubles d'ordre fonctionnel, alors que chez une vieille femme il s'agit plus vraisemblablement d'une modifi-

cation anatomique de la glande mammaire ». Beaucoup d'auteurs également se basent sur l'âge de la malade pour conclure à la bénignité ou à la malignité de l'affection. Ce serait une grave erreur de suivre rigoureusement la formule, vraiment trop simpliste : femme jeune, tumeur bénigne ; femme âgée, tumeur maligne. Cette règle, peut-être exacte dans ses grandes lignes, souffre de nombreuses exceptions. On peut voir chez des femmes jeunes des tumeurs malignes : chez une de nos malades (Observation XX), il fallut réintervenir pour amputer le sein, l'examen histologique ayant montré des signes de cancer. Ce fait montre toute la nécessité d'un examen clinique minutieux, et d'un examen histologique après toute intervention, même si tous les signes sont en faveur de la bénignité. Mais il est beaucoup plus fréquent encore de rencontrer des tumeurs bénignes chez des femmes âgées, et même chez des vieillards (Observations V, VII, VIII, XXXV, XXXVIII). Signalons également la possibilité d'affection relevant d'un traitement médical (Observation XXXII).

III. — CAUSES PREDISPOSANTES

a) Le traumatisme :

Rissak semble lui accorder une grosse importance. Il rapporte plusieurs observations où indubitablement le traumatisme intervint ; l'une surtout est nette : une jeune fille de 23 ans, s'étant violemment heurtée le sein dans une chute de bicyclette, vit se pro-

duire quelques jours plus tard un écoulement sanglant par le mamelon correspondant, qui persista jusqu'au jour où l'intervention montra qu'il s'agissait d'un papillome intracanaliculaire. Lecène rapporte également le cas d'une malade de 67 ans, qui présenta, à la suite d'une légère contusion du sein, une ecchymose étendue sous-mammaire ; sous l'ecchymose on trouva une petite tumeur ignorée jusque là. L'amputation montra qu'il s'agissait d'une tumeur végétante intracanaliculaire bénigne. Nous-mêmes, dans trois cas avons noté un traumatisme dans les antécédents de la malade.

Remarquons qu'assez souvent un traumatisme même minime est invoqué par les malades comme étant à l'origine de leurs hémorragies mammaires. Il ne faut peut-être pas toujours voir là la cause immédiate de l'affection. On a rapporté des cas d'hématomes du sein se vidant spontanément par les conduits galactophores, ce sont des exceptions, et le plus souvent le traumatisme attire seulement l'attention vers une affection qui jusque là était passée inaperçue.

b) Les lésions du sein inflammatoires anciennes :

Leur rôle paraît beaucoup plus évident que celui du traumatisme. Quatorze fois sur nos 53 observations, nous avons retrouvé dans les antécédents de nos malades une affection ancienne du sein, soit un abcès au cours de l'allaitement (Observation IV, XI, XIV, XXX, XLV), ou des gerçures du mamelon (Observations XII, XL), soit une affection indéterminée, congestion mammaire avec douleurs et quelquefois

fièvre (Observations XVII, XIX, XXIV, XXVIII, L), soit enfin un écoulement indéterminé après une grossesse (Observations I, VI).

Sans vouloir affirmer que l'hémorragie mamelonnaire, permettant de diagnostiquer une lésion des canaux galactophores ou des acini, est d'origine inflammatoire, ne pourrait-on pas penser que ces lésions, papillaires le plus souvent, ont peut-être la même signification que le polype symptomatique du col de l'utérus ? Les signes inflammatoires révélés par la douleur dans le sein saignant (notée dans 16 cas), ou par l'examen histologique (9 cas), ne seraient-ils pas en faveur de cette hypothèse ? On pourra peut-être nous objecter que dans de nombreux cas l'examen histologique a montré qu'il s'agissait de cancers de types divers et non de lésions des canaux galactophores. Nous avons déjà fait remarquer que lorsque l'hémorragie s'accompagne d'une tumeur nette, située en plein parenchyme mammaire, cela surtout chez des femmes âgées, on n'envoie pas au laboratoire la totalité de la pièce opératoire, mais on se contente d'un prélèvement au niveau de la tumeur. Des coupes en différents points de la glande montreraient peut-être des lésions des canaux galactophores ou des acini. Nous avons été conduits à cette hypothèse par 3 examens histologiques (Observations IV, XXIV, XLII), où sur une même coupe, à côté des lésions cancéreuses on a noté des formations papillaires de l'adénome dendritique intracanaliculaire, ou de l'adéno-fibrome végétant de Ranvier.

c) Les troubles endocriniens :

On a voulu faire jouer un rôle beaucoup trop grand aux troubles endocriniens : thyroïdiens, et ovariens surtout, Carcassonne et Guidoni estiment qu'il existe toute une série de « mamelles saignantes » chez lesquelles doit être envisagée une pathogénie ovarienne. Il existe des rapports indiscutables entre la glande mammaire et les hormones, génitales surtout. Nous avons déjà signalé, à propos du diagnostic clinique, les rapports fréquents de ces hémorragies par le mamelon avec la menstruation ; nous avons vu que ces écoulements se manifestaient fréquemment au moment de la ménopause. Mais il ne semble pas que l'hémorragie puisse se produire par le mamelon lorsque la glande mammaire est d'une intégrité parfaite. Ce diagnostic doit être posé avec une extrême prudence et dans la plupart des cas il nous semble plus sage de considérer les différents troubles endocriniens, comme un simple facteur favorisant de l'hémorragie. Troubles endocriniens, troubles gynécologiques, troubles mammaires sont souvent associés.

Cependant ce facteur est moins important que le précédent, sur nos 53 observations, nous n'avons noté que 6 fois des troubles endocriniens nets, soit au moment de la ménopause, soit à la suite d'une intervention stérilisante.

IV. — CAUSES DETERMINANTES

Nous ne ferons que mentionner les hémorragies mamelonnaires d'origine hystérique, reconnues com-

me excessivement rares aujourd'hui ; les hémorragies mamelonnaires au cours du purpura, de l'hémophilie, du syndrome de P. E. Weill, de même que les hémorragies supplémentaires aux règles, dont de nombreux cas ont été publiés par les auteurs anglais. « Plusieurs observations publiées sous le titre « d'écoulement vicariant » de sang par le mamelon, n'ont pas été suivies d'examen anatomique de la glande mammaire et n'ont de ce fait qu'une valeur bien relative. » (Lecène).

Nous ne parlerons pas non plus des hémangiomes et des lymphangiomes, décrits comme pouvant donner des écoulements par le mamelon. Ces tumeurs sont exceptionnelles.

**a) ADÉNOME DENDRITIQUE OU PAPILLAIRE
INTRACANALICULAIRE (DIT EPITHELIOMA
DENDRITIQUE INTRACANALICULAIRE BENIN)**

C'est d'après la plupart des auteurs la cause la plus fréquente de la mamelle saignante quand les écoulements surviennent à l'état isolé, la palpation ne décelant aucune tumeur dans la glande, mais aussi lorsque l'hémorragie s'accompagne d'une petite tuméfaction juxta-mamelonnaire sous-aréolaire.

On a donné toutes sortes de noms à cette affection. Pour les auteurs anglais c'est le « villous duct cancer ». En Allemagne, Pribram la décrit sous le nom de « cystoépithélioma intracanaliculaire hémorragique », tandis que Sasse propose le terme de « cysto-adénome intracanaliculaire papillaire ». En France,

Labbé et Coyne la décrivent les premiers sous le nom de « végétations papillaires intracanaliculaires », Cornil et Ranvier, sous le nom de « carcinome vil-leux », Pillet l'appelle « épithélioma dendritique in-tracanaliculaire ». Lecène préfère la dénomination de « tumeur végétante intracanaliculaire bénigne », et beaucoup d'auteurs l'appellent « adénome dendri-tique ou adénome papillaire intracanaliculaire ». Ce terme paraît plus approprié que tous les autres ; en effet, comme le fait remarquer notre Maître, le Pro-fesseur Noël, il n'éveille pas l'idée de malignité com-me le mot « épithélioma » que l'on devrait réserver seulement aux cas où il y a dégénérescence maligne. Mais ces deux termes : épithélioma dendritique et adénome dendritique intracanaliculaire, sont sou-vent employés indistinctement, et il est nécessaire pour éviter toute erreur d'interprétation, que l'his-tologiste précise s'il a trouvé ou non des signes de ma-lignité.

Nés des kystes galactophores, ou des gros canaux excréteurs, l'épithélioma dendritique les dilate et se présente à l'ouverture du conduit, sous l'aspect d'une petite tumeur, de taille très variable, pédiculée, fran-gée, finement lobulée, quelquefois vraiment villeuse, baignant dans un liquide hémorragique.

Ces tumeurs endocanaliculaires sont formées d'un pédicule conjonctivo-vasculaire implanté sur un point restreint de la paroi du canal, et d'où partent des vé-gétations innombrables, ramifiées à l'infini, partout recouvertes d'épithélium. Le pédicule d'origine est en général court et trapu, formé de quelques trousseaux

fibreux peu denses, cotoyés par des capillaires. La charpente conjonctivo-vasculaire des végétations secondaires est très fragile, et cette fragilité explique la fréquence des hémorragies. Le revêtement épithélial des villosités est constitué de cellules cubiques basses ou cylindriques, mais qui conservent leur polarité : elles ont une base et un apex qui est libre.

A côté des papillomes vrais, petites formations toujours visibles à la loupe sinon à l'œil nu, il existe des hyperplasies diffuses ou généralisées de l'épithélium des galactophores, qui ont avec les papilles une parenté histologique évidente, mais que l'on ne voit qu'au microscope. C'est ce que Cheatle décrivait sous le nom « d'hyperplasie dysgénétique des épithéliums mammaires ». Nous pouvons rapprocher de ce cas l'observation LI.

Les plus grandes discussions règnent au sujet de la nature de cette affection, et de son évolution. Pour Lecène, l'épithélioma dendritique intracanaliculaire est une tumeur évoluant rarement vers la malignité (3 fois sur 21 cas). Kopp signale un cas où l'écoulement précéda de 11 ans l'apparition de la tumeur. Cunéo dans la thèse de Mme Wechsler rapporte l'observation d'une malade chez qui l'épithélioma dendritique n'apparut que 12 ans après le début de l'écoulement. Nous-même avons signalé des cas où l'écoulement dura 12 et 23 ans. Il semble bien que cette affection, évoluant pendant si longtemps, ne soit pas très méchante. Le Professeur Villard a toujours considéré la petite tuméfaction sous-aréolaire, donnant lieu à l'hémorragie, comme une affection bénigne ; il a toujours

fait, dans ces cas, des interventions conservatrices, et il n'a jamais eu à réintervenir. Pour Jeanneney, c'est un bon cancer. Ducuing, au contraire, paraît admettre comme fatale l'évolution vers la malignité, et s'exprime ainsi : « La marche de l'épithélioma dendritique intracanaliculaire est assez latente. Il reste stationnaire pendant des années, puis devient infiltrant, et prend l'allure d'un cancer banal. » Bortini croit, lui aussi, à la transformation maligne fréquente. Delbet estime « qu'en raison des hémorragies précoces, les épithéliomas dendritiques intracanaliculaires peuvent être diagnostiqués avant que la palpation la plus attentive ne révèle la moindre tuméfaction. On les opère plus précocement qu'aucune autre espèce de tumeur, et c'est à cela qu'ils doivent leur réputation de Bénignité. Pendant longtemps la paroi du galactophore forme une barrière infranchissable aux végétations, mais dans une deuxième période, la dégénérescence maligne se produit. » Delbet et Herrenschildt prétendent même que la lésion peut être d'emblée maligne.

Sur nos 53 observations, nous avons trouvé 20 cas (soit 37,7 %) d'hémorragies mamelonnaires dues à un épithélioma dendritique, histologiquement vérifié. Dans un cas seulement (Observation XXXIV), l'examen histologique a montré des lésions signant une transformation maligne (nous avons reproduit plus haut un dessin de cette coupe), chez une femme de 35 ans présentant des hémorragies depuis 18 mois. Dans 2 autres cas (Observations IV, XLII), l'examen microscopique montra en certains points l'aspect de

l'adénome dendritique, et sur la même coupe, en d'autres points l'aspect de l'épithélioma métatypique du sein, sans qu'il soit possible de préciser s'il s'agissait de lésions bénignes dégénérées ou de lésions bénignes et malignes simplement juxtaposées. Dans deux cas (Observations XIII, XVII) l'épithélioma dendritique intracanaliculaire s'est développé sur un sein présentant des lésions de mastite kystique.

D'après ces 20 observations, nous ne pouvons pas dire avec Delbet et Ducuing que la transformation maligne est de règle, et qu'il faut faire systématiquement une amputation du sein. Chez 10 malades, soit en raison de leur âge, soit par suite de signes cliniques suspects, on pratiqua une amputation du sein, mais dans les 10 cas où l'on s'est contenté d'une intervention conservatrice chez des malades de 62, 52, 50, 47, 42, 41, 39, 38, 30, 22 ans, il n'y a jamais eu de récurrence, aucune ne présente de signes de métastase, dans des espaces de temps variant de 1 à 7 ans.

b) LE FIBRO-ADENOME VEGETANT INTRACANALICULAIRE BENIN

Dupuy estime que c'est une cause exceptionnelle d'hémorragies mamelonnaires. L'adéno-fibrome végétant, encore appelé adéno-fibrome papillaire ou adéno-fibrome phyllode, est une cause certaine d'écoulement sanglant par le mamelon. Cette tumeur se rapproche de l'épithélioma dendritique intracanaliculaire bénin, l'aspect macroscopique est identique, et il ne semble pas possible de reconnaître les végétations

de l'adéno-fibrome, courtes et trapues, de celles de l'adénome dendritique, fines et déliées, comme le veulent certains auteurs.

Le fibro-adénome végétant intracanaliculaire dérive du fibro-adénome tubuleux : le manchon conjonctif qui entoure chaque tube émet des bourgeons, ceux-ci déforment la lumière des tubes et obligent leur épithélium à proliférer. Les papilles du fibro-adénome végétant semblent secondaires et conditionnées par le développement du tissu conjonctif, alors que dans l'adénome dendritique la prolifération des cellules épithéliales est primitive. Dans certains cas, il se forme de véritables kystes hérissés de digitations ramifiées et globuleuses.

Cette tumeur le plus souvent limitée, enfermée dans une capsule fibreuse, mais pouvant d'emblée envahir toute la glande, se voit surtout chez des femmes jeunes. Comme l'épithélioma dendritique intracanaliculaire bénin, elle est souvent située sous l'aréole, et le diagnostic entre les deux est impossible par l'examen clinique. L'adéno-fibrome végétant est une tumeur bénigne. Jeanneney a publié le cas d'un adéno-fibrome évoluant vers le sarcome, mais cette évolution vers le sarcome ou vers l'épithélioma est exceptionnelle.

Nous avons trouvé, sur 53 observations, 6 cas de « mamelle saignante » due à un adéno-fibrome végétant. Dans un cas (Observation III) on pratiqua d'emblée un Halsted, en raison de l'âge de la malade ; chez une autre (Observation XXIV), l'examen clinique révélant des signes de malignité, on pratiqua la

même opération, et c'est l'examen histologique qui montra qu'il s'agissait d'un cancer au début, apparaissant dans une glande mammaire présentant des lésions d'adéno-fibrome végétant. Trois malades traitées par une simple excision (Observations XII, XIX, XXII), vont bien depuis 7 et 9 ans. Signalons toutefois qu'il existe souvent plusieurs petits noyaux dans la glande mammaire, et si l'on n'a pas soin d'enlever par une excision cunéiforme assez large tous les noyaux suspects, dont quelques-uns sont extrêmement petits, les hémorragies vont récidiver. C'est ce qui s'est produit chez une de nos malades (Observation XXX).

c) ECTASIE GENERALISEE DES GALACTOPHORES

(lésion bénigne)

Bien que beaucoup plus rare que la tumeur végétante intracanaliculaire, l'ectasie généralisée des galactophores n'est pas une cause exceptionnelle des hémorragies mamelonnaires.

Elle a été signalée par Virchow et Bard. Pribram affirme que la dilatation des canaux galactophores apparaît parfois comme la seule lésion apparente pour expliquer cette hémorragie, mais ectasie des canaux et adénome dendritique intracanaliculaire peuvent coexister dans une même glande.

Bien étudiée par Moulonguet et Rousset, qui en rapportent 7 cas, c'est à ces auteurs que nous emprunterons la plus grande partie de ce paragraphe.

Cette affection, peut-être congénitale, se manifeste

au cours de la période active de la vie génitale, entre 23 et 46 ans. (Moulonguet.) *L'hémorragie se fait par plusieurs pores galactophores*. Cette particularité importante pour le diagnostic différentiel avec l'épithélioma dendritique intracanaliculaire bénin, c'est en effet le seul signe clinique différent, s'explique aisément. Comme l'indique son nom, cette affection porte sur l'ensemble des canaux galactophores qui sont énormes, tantôt distendus, tantôt sinueux. C'est la seule lésion histologique, il n'y a aucune altération hyperplasique, aucune tendance tumorale de l'épithélium, ce qui explique qu'il ne soit pas possible de découvrir une tumeur à l'examen clinique.

Bazterrica et Paez ont récemment repris l'étude de l'ectasie généralisée des conduits galactophores. Ils affirment que c'est peut-être la cause la plus fréquente de la « mamelle saignante », mais que très souvent elle est méconnue par suite d'un examen histologique mal conduit. Ces auteurs insistent en effet sur la nécessité qu'il y a de faire des coupes extrêmement nombreuses et serrées, si l'on ne veut pas laisser échapper des lésions parfois très minimes.

C'est une affection bénigne, mais tous les auteurs sont d'accord pour faire une amputation sous-cutanée de la glande mammaire, enlevant tous les conduits galactophores, si l'on ne veut pas que les hémorragies se reproduisent.

Nous n'avons pas eu à observer de cas typique d'hémorragies mamelonnaires dues à une ectasie généralisée des conduits galactophores ; cependant une de nos observations (XXVII) nous semble pouvoir être

rapprochée de cette affection. Il s'agissait d'une jeune fille de 29 ans qui présentait depuis 4 ans des hémorragies par le mamelon. L'examen clinique montrant une petite induration sous-aréolaire, on pratiqua l'excision de cette petite tuméfaction. L'examen histologique ne montra pas de tumeur végétante intracanaliculaire, mais de simples dilatations microkystiques du conduit galactophore. Quelques mois plus tard, les hémorragies réapparaissent, après une nouvelle excision, il fallut amputer le sein droit. Jamais on ne trouva de lésions malignes. Les hémorragies s'étant produites ensuite au niveau du sein gauche, on fit d'emblée, devant les antécédents de cette malade l'amputation du sein. Cette évolution, bien que les examens histologiques ne soient pas confirmatifs, permet de supposer que l'on peut rapprocher cette observation de l'ectasie généralisée des conduits galactophores.

d) LA MALADIE DE RECLUS

La maladie de Reclus est de l'avis de tous les auteurs une cause d'hémorragies mamelonnaires. Il semble que Reclus lui-même, au début, ait donné les écoulements séro-sanguinolents par le mamelon comme un signe de valeur. Depuis, de nombreux auteurs en ont publié des observations ; Mme Wechsler, dans sa thèse, en rapporte deux cas ; Arnvig, sur 12 cas de mamelle saignante, a trouvé 7 maladies de Reclus. Nous-mêmes, sur 53 observations, avons trouvé 8 maladies kystiques.

Quelquefois, le seul symptôme qui attire l'atten-

tion des malades n'est autre que l'écoulement de liquide séreux ou séro-sanguinolent par le mamelon ; sauf cet écoulement, elles n'ont remarqué aucune modification dans leur sein, et souvent elles ne viennent consulter que très tard après le début de l'écoulement.

L'examen par la vue ne révèle rien d'anormal, et c'est à la palpation qu'il faut demander tous les renseignements. Tantôt il s'agit d'une forme diffuse, où la mamelle est prise en totalité, et donne l'impression d'être criblée de grains de plomb (Observation LIII), tantôt on ne découvre qu'une ou deux nodosités, rondes, de la taille d'une noix ou d'une noisette, assez dures parfois, un peu douloureuses à la pression ; c'est le cas le plus fréquent (Observations XXVIII, XL, XLI, XLIII, L, LII). La tumeur peut être énorme, faisant penser à une tumeur maligne (Observation VIII).

Les cavités kystiques, développées aux dépens des éléments glandulaires, les unes visibles à l'œil nu, les autres représentant le stade initial, visibles seulement au microscope, sont formées d'une paroi conjonctive et d'un épithélium de recouvrement constitué surtout par des cellules épithéliales cylindriques assez hautes. L'ouverture de ces kystes, renfermant un liquide visqueux, plus ou moins teinté de sang, dans un canal galactophore, expliquerait l'écoulement par le mamelon, écoulement brusque, à la manière d'une poche qui se vide, soit spontanément, soit à la pression le plus souvent, comme dans le cas d'une malade de Delbet, qui avait pris l'habitude de vider son sein matin et soir. Mais l'épithélium de revêtement

a tendance à proliférer à l'intérieur du kyste, et en certains points on voit se détacher de la paroi de véritables papilles ; c'est dans ces cas surtout que la maladie de Reclus s'accompagne d'écoulement par le mamelon.

Lecène et Lenormant reprenant les conclusions de Brissaud et Malassez rapprochent la maladie de Reclus des adéno-fibromes ; elle ne serait, pour eux, qu'un adéno-kystome multiple. « Sur la paroi des kystes, on peut dans quelques cas voir s'implanter des végétations plus ou moins développées. Ce fait particulier apparente les kystes de la maladie de Reclus à ceux des fibro-adénomes végétants et de l'épithélioma dendritique. » Cette parenté entre ces trois affections est encore signalée par Thomasso Vernicchi. Cet auteur rapporte l'observation d'une femme de 54 ans qui avait constaté depuis longtemps l'irrégularité de la surface de son sein et qui vit un jour apparaître un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon correspondant. Après amputation du sein, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma dendritique intracanaliculaire en voie de dégénérescence maligne, apparaissant sur une maladie de Reclus. Nous-mêmes, dans deux cas (Observations XIII, XVII), avons noté l'association de l'épithélioma dendritique intracanaliculaire et de la maladie de Reclus. Chez l'une de ces malades, la tumeur du sein existait depuis 2 ans lorsque l'écoulement est apparu. Niels Liedberg, d'après une étude de 62 cas de maladie kystique, dit avoir rencontré l'hémorragie dans 30 % des cas, pas sensiblement plus fréquemment

dans les cas manifestement cancéreux (33 %) que dans les cas bénins (25 %) ; 2 fois, sur 11 cas de mamelle saignante traités par des opérations économiques, un cancer est apparu tardivement.

Chez 6 de nos malades (Observations XXVIII, XL, XLI, XLIII, LIII), l'examen histologique ne montra que des lésions bénignes, même chez une femme de 73 ans (Observation VIII), qui présentait une tumeur du sein depuis 10 ans, et qui, depuis 2 ans, avait vu apparaître un écoulement sanglant par le mamelon. En raison de son âge, on fit une amputation large, mais chez les 5 autres, on se contenta d'une opération limitée. Toutes sont actuellement en bonne santé. Dans 2 cas seulement (Observations L, LII) l'apparition d'un écoulement sanglant par le mamelon semble bien correspondre au développement d'un cancer. On ne peut pas affirmer que l'écoulement sanglant par le mamelon au cours de l'évolution d'une maladie kystique soit un signe de transformation maligne, mais il doit cependant être considéré comme très suspect, et obligera souvent le chirurgien à faire une amputation de la glande mammaire.

e) LE CANCER

« Au cours de l'évolution des différentes formes de cancer du sein, les écoulements sanglants ou séro-sanguinolents sont exceptionnels. » Delbet, sur 228 cas de cancer de la mamelle n'a vu que 20 fois ce symptôme, soit dans 8 % des cas. Kopp le signale dans 11 %, Gronwald dans 32 %, Erdheim dans 35 %. Sur

nos 53 observations, l'examen histologique montra 23 fois des lésions cancéreuses, de types les plus divers. Nous arriverions donc à une proportion de 43,3 %, mais 5 cas (Observations IV, XXIV, XLII, L, LII), ont déjà été comptés dans les lésions bénignes, nous arrivons donc à une proportion de 18 cancers (soit 33,9 %).

Comment expliquer ces hémorragies ? Il est des cancers du sein dont les hémorragies peuvent être expliquées par la disposition histologique des lésions : ce sont les périthéliomes. Delbet et Mendaro signalent que dans ce cas l'hémorragie est la règle. L'épithélioma périthéliomateux est caractérisé par l'ordonnance radiaire, en palissade, des cellules cancéreuses autour des axes conjonctivo-vasculaires. Il y a destruction progressive de la paroi vasculaire par les cellules cancéreuses. Il se forme des zones ramollies, fluctuantes, pseudo-kystiques, parfois énormes, à contenu hématique et dont la paroi est formée par les cellules cancéreuses. Lorsque ces kystes s'ouvrent dans un canal excréteur, une hémorragie se produit. Il faut signaler à côté de ces périthéliomes vrais des formes de cancer à disposition périvasculaire dont Noël et Martin ont publié une observation. Signalons aussi que l'on peut trouver au sein du tissu néoplasique des formations kystiques, expliquant les hémorragies, qui dans tous ces cas ne sont qu'un épiphénomène sans importance pour la conduite thérapeutique.

Mais dans certains cas, il semble bien que l'hémorragie n'est pas due au cancer lui-même, mais à une autre lésion le plus souvent bénigne. Nous avons vu

deux fois (Observations L, LII), un cancer greffé sur une mastite kystique. Nous avons dit, après de nombreux auteurs, que dans ce cas l'hémorragie pouvait souvent être considérée comme le signe d'une transformation maligne. Mais dans 3 autres cas (Observations IV, XXIV, XLII), l'examen histologique montra à côté des lésions nettement cancéreuses, des lésions bénignes avec de petites végétations papillaires, expliquant les hémorragies. Si comme nous l'avons dit, à propos de la biopsie, chaque fois que l'hémorragie s'accompagne d'une tumeur volumineuse, située en plein parenchyme, on avait soin de faire des coupes nombreuses et en des points divers de la glande, on trouverait peut-être assez souvent des formations papillaires ou kystiques expliquant les écoulements mamelonnaires. Ce fait mérite d'être signalé. L'hémorragie, dans ce cas, comme le polype symptomatique du col de l'utérus, n'est peut-être que le « signal symptôme » d'une autre affection de la glande mammaire.



D'aucuns pourront peut-être s'étonner que nous ne rangions pas parmi les causes d'hémorragies mammaires : la maladie de Paget, et la mastite chronique.

La *maladie de Paget* a été décrite comme une cause d'hémorragie par le mamelon. Le suintement que l'on note dans cette affection est superficiel, d'origine cutanée, le liquide ne sourd pas par l'orifice des conduits galactophores. Cheatle cependant affirme que dans certains cas l'hémorragie peut être le premier symp-

tôme, car il est possible que les lésions dyskératosiques, qui caractérisent cette affection, existent d'une façon isolée sur les conduits galactophores, sans lésion mamelonnaire concomitante. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'observation de maladie de Paget ayant donné une hémorragie telle que nous l'avons rencontrée dans les affections précédentes. Rousset, qui, dans sa thèse a bien étudié cette affection, n'en rapporte aucune observation, et ne signale même pas le fait.

La maladie de Paget peut coexister avec une autre lésion du sein, Massiat et Rousset l'ont rencontrée sur un sein présentant également un épithélioma dendritique intracanaliculaire. C'est dans ces cas, semble-t-il, qu'il faille ranger les maladies de Paget décrites comme ayant donné lieu à une hémorragie par le mamelon.

La *mastite chronique*, comme la maladie de Paget, est pour certains auteurs une cause d'hémorragie par le mamelon. Sampson Handley en fait même un des signes les plus importants avec la rétraction et la déviation du mamelon, pour le diagnostic de cette affection. Nous n'avons pas rencontré de cas d'écoulement mamelonnaire dû à une mastite chronique. Nous aurions tort de dire que ce n'est pas une cause d'hémorragies par le mamelon, car sous le nom de mastite chronique, beaucoup d'auteurs rangent l'adéno-fibrome végétant, la maladie de Reclus, affections que nous avons décrites nous-mêmes comme causes de la mamelle saignante. Il semble donc qu'il n'y ait là qu'une question d'étiquette.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Quelles sont les conclusions thérapeutiques que nous pouvons tirer de l'examen clinique, et de l'étude étiologique de la mamelle saignante ?

Pour être certains de ne pas laisser évoluer une affection cancéreuse à son début, certains auteurs proposent toujours, en présence d'un écoulement de sang par le mamelon, l'amputation large du sein. Tel est l'avis des chirurgiens allemands et, en particulier, de ceux de l'école de Francfort, pour qui la mamelle saignante constitue un syndrome clinique. La mamelle saignante n'est pas un syndrome clinique, ce n'est qu'un symptôme qui se rencontre dans diverses affections du sein, et *il est illogique de réserver toujours un même traitement à des lésions anatomiquement fort diverses*. D'autre part, la grande fréquence des tumeurs bénignes dans l'étiologie des hémorragies mammaires contre-indique l'amputation systématique. Cette technique entraînerait, en effet, une mutilation inutile sous prétexte de ne pas laisser évoluer un cancer au début.

En présence d'un écoulement par le mamelon, il faut instituer un traitement précoce. L'expectative,

même surveillée, peut être dangereuse, et elle ne doit durer que les quelques jours qui servent à préciser le diagnostic. Le Professeur Tixier cite le cas d'une femme de 50 ans qui mourut d'une généralisation cérébrale un an après le début de l'écoulement. Mais quel traitement choisir ?

Nous ne ferons que signaler le traitement médical. Certains auteurs ont prétendu que beaucoup de cas d'écoulement par le mamelon étaient dus à des troubles endocriniens, et relevaient d'un traitement opothérapique, ovarien surtout. Carcassonne et Guidoni rapportent 4 cas d'écoulements sanglants par le mamelon, aux environs de la ménopause, qui ont guéri sans intervention. Et ces auteurs concluent : « nous sommes persuadés qu'à la condition d'imposer à ces malades des examens répétés, on ne saurait proposer autre chose qu'une sage abstention ». Ce fait est possible, mais ce diagnostic ne saurait être affirmé qu'après un examen clinique minutieux, permettant d'éliminer toute tumeur, tout néoplasme larvé.

Il est cependant un traitement sur lequel nous dirons quelques mots, c'est le traitement antisyphilitique. Nous en avons déjà parlé à propos du diagnostic clinique. Cornil et Moiroud avaient déjà signalé la possibilité de mastite syphilitique s'accompagnant d'écoulement par le mamelon. L'observation XXXII que nous rapportons montre bien une telle possibilité. Cette malade présentait des antécédents faisant soupçonner une syphilis. Bien que les réactions sérologiques fussent négatives, un traitement spécifique, iodure et bismuth, fut institué, qui amena la guérison

complète. Depuis 4 ans, cette malade qui continua le traitement bismuthique, n'a plus jamais présenté d'hémorragies par le mamelon. Devant un sein saignant chez une malade syphilitique connue, ou dont les antécédents sont en faveur d'une syphilis on doit faire un traitement spécifique. Chez une de nos malades, syphilitique connue (Observation XLIII), qui présentait une tumeur du sein d'allure maligne, on posa le diagnostic de cancer du sein. En raison de son mauvais état général, on ne pratiqua qu'une simple excision cunéiforme de la portion de la glande où l'on percevait la tumeur. L'examen histologique montra des signes de cancer. Depuis 2 ans, malgré cette intervention partielle, cette malade va bien : aucune récurrence, aucun signe de métastase. Est-ce l'intervention qui a amené la guérison, ou le traitement spécifique ?

Ces faits montrent, à ces exceptions près, que l'on ne doit pas toujours traiter la « mamelle saignante » par une thérapeutique chirurgicale.

Cependant, la plupart du temps, les hémorragies mamelonnaires relèvent d'un traitement chirurgical, allant de la simple excision à l'amputation large. On a donné de nombreuses règles de conduite pour le traitement de la « mamelle saignante ». Les uns ont préconisé l'amputation systématique ; d'autres ont établi l'équation suivante : femme âgée : tumeur maligne : opération large ; femme jeune : tumeur bénigne : intervention conservatrice. Cette dernière règle est peut-être exacte dans ses grandes lignes, mais elle reste sujette à des erreurs. Il y a des « mamelles

saignantes » malignes chez les jeunes, et des bénignes chez les âgées. Et qu'entendre par des termes aussi vagues que femme jeune et femme âgée ?

a) L'excision :

Lorsqu'il s'agit d'une femme présentant une petite tumeur sous-aréolaire ou juxta-aréolaire, nettement localisée par le « signe du stylo », se vidant facilement par la pression, ne s'accompagnant pas d'adénopathie, *la simple excision* est suffisante. Remarquons toutefois que cette excision localisée, soit par incision radiée à partir du mamelon, soit par incision semi-circulaire péri-mamelonnaire, présente des inconvénients. Souvent, surtout lorsqu'il s'agit d'adénofibrome végétant intracanaliculaire, les lésions sont multiples ; à côté de la tumeur perçue à l'examen clinique, il existe d'autres petits kystes, souvent microscopiques, qui, s'ils ne sont pas enlevés, vont donner des récidives. C'est ce qui s'est produit chez une de nos malades (Observation XXX) ; le diagnostic était exact, mais l'excision ne fut pas assez large, et au bout de peu de temps les hémorragies réapparurent. Elles exigèrent une opération itérative. D'autre part, éventualité toujours possible, la petite tumeur perçue peut être un cancer au début. Dans ce cas il n'est pas sans danger d'intervenir en plein tissu malin, ce qui donne un coup de fouet au cancer, et favorise, par l'ouverture des lymphatiques, la dissémination des lésions. Aussi, conseillons-nous d'utiliser *l'excision cunéiforme de la glande*, emportant avec la tumeur perçue à l'examen, le tissu mammaire environnant.

Outre les résultats esthétiques parfaits, cette méthode permet d'apprécier l'état du tissu mammaire environnant, mais surtout elle évite la dissémination possible des lésions malignes, puisque le chirurgien intervient à une certaine distance du foyer suspect. Le plus souvent, lorsqu'il y a dégénérescence maligne, le cancer est au début de son évolution, les cellules n'ont pas encore essaimé, et l'excision cunéiforme est sans gros danger. Dans 3 cas (Observations XXXIV, XLVI, L), où on la pratiqua avant une opération radicale, les résultats furent excellents ; ces trois malades vont bien, aucune ne présente de signes de métastase.

L'excision cunéiforme est la méthode de choix à utiliser lorsque les signes cliniques sont en faveur d'une tumeur bénigne.

b) L'amputation sous-cutanée. — L'amputation simple :

Moulonguet et Rousset qui, nous l'avons vu, ont bien étudié l'ectasie généralisée des conduits galactophores préconisent dans cette affection l'amputation sous-cutanée de la glande mammaire. Cette intervention « n'est pas trop mutilante pour la poitrine de la femme » et assure une guérison radicale des hémorragies, puisqu'elle enlève tous les conduits galactophores. Cette affection est d'un diagnostic relativement facile, absence de tumeur à la palpation, écoulement par plusieurs pores galactophores, et le traitement est simple. Mais il est une affection, beaucoup plus fréquemment rencontrée, qui est plus embarrassante pour le chirurgien, la maladie de Reclus. Il est des cas où la maladie de Reclus est pour ainsi dire loca-

lisée à une petite partie de la glande. On ne trouve à l'examen qu'une ou deux petites tumeurs (Observations XXVIII, XL, XLI, XLIII, L, LII) ordinairement près de l'aréole, comme dans le cas de l'adénome dendritique intracanaliculaire. On ne fait qu'une simple excision cunéiforme, et ce n'est que l'examen histologique qui fait connaître qu'il s'agit d'une mastite kystique. Dans ce cas, le traitement utilisé est suffisant. Mais lorsque l'écoulement hémorragique est dû à une maladie de Reclus cliniquement diagnostiquée, le chirurgien est fort embarrassé. Sachant qu'assez fréquemment l'hémorragie par le mamelon est dans la maladie de Reclus le signe d'une transformation maligne, il est tenté d'amputer le sein. Cependant il le fera toujours à regret, car cette opération est une mutilation grave. On pourrait peut-être dans ce cas faire ce que Meyer a appelé « la laparotomie exploratrice du sein » : évidemment de la glande mammaire par une incision sous-mammaire, donnant un vaste champ d'investigation à l'anatomo-pathologiste, et permettant de réintervenir secondairement, s'il y a des lésions malignes. Mais la multiplicité des foyers dans cette affection est un gros écueil ; la possibilité de dissémination des lésions est alors portée à son maximum. Et c'est à *l'amputation simple* que le chirurgien aura d'emblée recours.

c) L'amputation large, avec curage ganglionnaire :

Lorsque la tumeur mammaire est à distance de l'aréole, en plein parenchyme, le plus souvent chez une femme âgée, il ne faut pas hésiter à faire une ampu-

tation du sein, car il s'agit presque à coup sûr d'une tumeur maligne, et dans ce cas l'écoulement n'est qu'un épiphénomène. Il faut se rappeler que « c'est à 40 ans que le cancer vient à la mamelle de la femme » ; il y a très peu de chance pour que ce soit une tumeur bénigne, et c'est vraiment là qu'il faut dire « il vaut mieux faire trop que trop peu ». L'Halsted avec curage ganglionnaire trouve là toutes ses indications.

En somme, avec toutes les réserves qu'il faut avoir en clinique, nous pouvons dire :

1°) Lorsqu'il s'agit d'une femme le plus souvent jeune, présentant un écoulement séreux ou séro-sanguinolent, avec une petite tuméfaction sous-aréolaire, ou le « signe du stylo » positif, la glande étant par ailleurs saine, il faut faire une intervention conservatrice, de préférence une *excision cunéiforme*. Un examen histologique précis, total et compétent devra être immédiatement fait. Les moindres signes suspects obligeront à une intervention itérative large.

2°) Lorsqu'il s'agit d'une maladie de Reclus, il faut être extrêmement prudent. C'est peut-être une transformation maligne. Les chances en faveur de la bénignité diminuent, et il faut avoir tendance à opérer largement. *L'amputation simple* est indiquée.

3°) Lorsqu'il s'agit d'une tumeur à distance de l'aréole, le plus souvent chez une femme âgée, il faut considérer que c'est un cancer, et faire *une amputation large avec curage ganglionnaire*.

CONCLUSIONS

1°) Notre travail repose sur 53 observations lyonnaises inédites, contrôlées histologiquement, suivies dans le temps.

Elles nous ont été très aimablement confiées par MM. Tixier, Villard, Patel, Santy, Rochet, de Rougemont, Pollosson.

2°) A la lecture des travaux sur la question, nous avons eu l'impression que, d'une manière générale, les chirurgiens orientaient leurs conclusions thérapeutiques un peu trop systématiquement, suivant l'évolution variable de quelques cas, peu nombreux, observés personnellement.

3°) Or, dans les « mamelles saignantes » il y a incontestablement des néoformations bénignes et des néoformations malignes. De plus, certaines lésions bénignes subissent très certainement des transformations malignes. Il est donc peu logique de vouloir se montrer systématique dans ses décisions. Il faut rejeter une conduite uniforme. Dans un cas on pêche-

rait par excès, imposant une mutilation à des cas qui auraient guéri par simple exérèse localisée, sous anesthésie locale. Dans l'autre on pêcherait par défaut, risquant d'aggraver par une exérèse limitée les cas qui auraient bénéficié d'une ablation large d'emblée.

4°) Dans toute « mamelle saignante » il y a lieu de conseiller au plus tôt un traitement chirurgical actif, sauf dans le cas de syphilis. Nous avons tenté d'apporter des arguments qui permettent de limiter les erreurs des indications thérapeutiques. Cela, en précisant la marche à suivre dans chaque groupe de cas.

5°) En réalité, rien ne permet cliniquement d'affirmer avec certitude un diagnostic exact. Tous les éléments sur lesquels on se base offrent des exceptions (âge, nature de l'écoulement, etc.). Mais cependant, dans l'ensemble, la clinique et l'expérience montrent que plus de quatre fois sur cinq, a été appliquée d'emblée la thérapeutique la meilleure. Dans un petit cinquième des cas, les hésitations ont conduit à des ablations trop larges, ou à des ablations localisées qu'un examen histologique large et compétent a rectifié. On a alors été conduit à un deuxième temps d'exérèse élargie. La conséquence pratique n'a point alors été par trop néfaste, puisque la rectification a été précoce et qu'il s'agissait de cas tout au début de leur transformation maligne.

6°) Il n'en reste pas moins que dans l'ensemble une grande prudence est de mise, et mieux valent, surtout après 40 ans, les erreurs dans le sens d'ablation trop large en cas de lésions bénignes, que le contraire.

7°) Accessoirement, nous nous demandons si les « mamelles saignantes » ne relèvent pas, très souvent, dans les cas bénins, purs, localisés, d'un processus infectieux antérieur (abcès du sein, inflammation des conduits galactophores). Nous apportons des observations dans ce sens.

De plus dans d'autres cas, lorsqu'il y a dans la glande une tumeur associée, l'écoulement ne relève-t-il pas de néoformations des conduits galactophores principaux ? Celles-ci auraient alors la valeur de végétations symptomatiques (comme les polypes symptomatiques du col, par exemple). Il serait utile pour répondre à cette question, après examen de la tumeur de la glande à laquelle on se limite trop volontiers, d'associer un examen systématique et minutieux du mamelon et de la région sous-mamelonnaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Louis TIXIER

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer,

LYON, le 6 juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

LIRONDELLE

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAZHANOW. — *Hémorragie du Mamelon*. Dnipropetrovsky medichiny jurnal (Dnipropetrovsk) : T. VI. 1927, p. 555-560.
- ADAIR. — *Sanguineous discharge from nipple significance in relation to cancer of breast, study based on 108 cases*. Annals of Surgery (Philadelphie) : Vol. XCI N° 2, Février 1930, p. 197-209.
- AGUECI. — *La mamelle sanglante*. La clinica chirurgica (Milan) : An XI, n. s, fasc. 6. Juin 1935.
- ALBRECHT. — *La mamelle sanglante*. Munchener medizinische Wochenschrift (Munich) : An LXXIX, N° 51, 16 décembre 1932.
- ALGLAVE. — *Des kystes du sein*. Gazette des hôpitaux : An LXXXVI, N° 133, 22 Novembre 1913, p. 2109-2118.
- ANTONIOLI. — « *Blutende mamma* » e tumori mammari. Minerva medica (Turin) : VI, 10 Décembre 1926, p. 1090-1096.
- ANTONIOLI. — *Sopra un caso di mammella sanguinente bilaterale*. Bolletino e Memori di Societa piemontese di chirurgia (Turin) : II, 19 Mars 1932, p. 358-366.
- ARNVIG. — *Sur l'hémorragie du mamelon*. Hospitalstidende (Copenhague) : An. LXXVIII, N° 50, 10 Décembre 1935, p. 1259-1268.

- BARD et LEMOINE. — *De la maladie kystique essentielle des organes glandulaires ou angiome des appareils sécrétoires*. Archives générales de médecine : T. XX, 7^e série, Août 1890, p. 151-158. Septembre 1890, p. 313-341.
- BATTLE.— *Duct cancer of the breast*. Transactions of the pathological society of London : T. XXXIX, 1888, p. 322.
- BAUMGARTNER. — *Les maladies de la mamelle*. In Nouveau traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, fasc. 23, Bailière, édit. 1913.
- BAZTERICA et PAEZ. — *La mamelle sanglante*. Boletín de la sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos-Aires : T. XIV, N^o 11, 22 Octobre 1935, p. 543-550.
- BEGNIS. — *Anatomie pathologique de la mamelle sanglante*. Revista médica de Rosario : An XXVIII, N^o 7, Juillet 1938.
- BEGOUIN. — *Écoulement de sang par le mamelon et cancer*. Journal de médecine de Bordeaux : An. XCV, N^o 1, 10 Janvier 1923, p. 29.
- BELLINI. — *La mamelle sanglante*. Policlinico (Sezione chirurgica) : An XLII, N^o 6, 15 Juin 1935.
- BERTORINI JORDAN. — *Contribution à l'étude des écoulements de sang par le mamelon*. Thèse Bordeaux 1934-1935.
- BERTRAND. — *Examens histologiques extemporanés au cours d'interventions chirurgicales, particulièrement dans les tumeurs du sein*. Bulletin de la Société de chirurgie : T. LVI, N^o 13, 2 Avril 1930, p. 525-540.
- BIBERSTEIN. — *Tabès et écoulement mammaire*. Klinische Wochenschrift : 1922, p. 68.
- BLANC. — *Traîtement de la mamelle saignante*. Loire médicale : An XLII, N^o 1, Janvier 1928, p. 1-7.
- BLOCH et M^r WECHSLER. — *Les écoulements sanglants par le mamelon*. La presse médicale : An. XLII, N^o 30, 16 Mai 1934, p. 789-791.
- BLOODGOOD. — *Maladie de Paget du sein*. Archivs of surgery (Chicago) : T. VIII-1924, p. 461.

- BLOODGOOD. — *Changements survenus dans le tableau clinique des lésions du sein*. American journal of the medical sciences (Philadelphie) : Vol. CLXXIX, N° 1, Janvier 1930, p. 27-47.
- BONOMO. — *Sur la mamelle sanglante*. Rassegna internazionale di clinica e terapia (Naples) : IX-1930, p. 717-733.
- BORCHARDT. — *Wie sollen wir die « Blutende mamma » auffassen and behandeln ?* Thérapie der Gegenwart (Berlin) : An. LXX, N° 12, Décembre 1929, p. 542-547.
- BORTINI. — *Per la conoscenza della mammella sanguinante*. Annali di ostetricia e ginecologia (Milan) : An. LIX, N° 2, 28 Février 1937, p. 123-134.
- BOWLBY. — *The clinical course diagnosis and structure of duct cancers or villous carcinomas of the breast*. The lancet (Londres) : LXXI, 10 juin 1893, p. 1369-1372.
- BROCA. — *Traité des tumeurs*. Vol. II, p. 441.
- BROSTER. — *Quatre specimens de sarcomes canaliculaires du sein*. Proceeding of the royal society of medecine (Londres) : Vol. XXII, Mai 1930.
- BUCKLE. — *Hemorrhage from nipples*. The journal of the american medical association (Chicago) : T. LIII, N° 24, 11 Décembre 1909, p. 2006.
- BUNGART. — *A propos de la mamelle sanglante*. Zentralblatt für chirurgie (Leipzig). XL-1930, p. 2522.
- CABANES. — *Epithélioma du sein au début et écoulement sanglant*. Bulletin médical d'Algérie : XIX-1908, p. 690-692.
- CAHN. — *Langdanerdrner Blutanfluss ans der Brust drüse*. Deutsche medizinische Wochenschrift : T. XXXVIII, 19 septembre 1912, p. 1812-1814.
- CARCASSONNE et GUIDONI. — *Mamelles saignantes aux environs de la ménopause*. Société de chirurgie de Marseille : Séance du 6 juillet 1936, p. 314-317.
- CAZENAVE. — *Déviation des règles par les seins et le visage*. Journal de Vandermonde 1759.

- CAZZAMALI. — *Sull interpretazione clinica dello scolo de sangue dal capezzolo della mamella fémininale*. Bolletino pia Poliambulanza Guiseppe Ronzoni : An. VII, fasc. 1, 1^{er} trim. 1933, p. 171-206.
- CEELEN. — *Zum pathologie der Brustkrebses*. Der chirurg. : T. XXII-1929, p. 102.
- CERNEZZI. — *La mammella sanguinante*. Gazzetta degli ospedal e delle cliniche (Milan) : An. LIII. N° 16, 17 Avril 1932, p. 481-483.
- CHAMAILLARD. — *Contribution à l'étude des écoulements séro-hématiques par le mamelon*. Thèse Montpellier 1912.
- CHARLES (F.-A.). — *De la conduite à tenir dans les écoulements de sang par le mamelon*. Thèse Bordeaux 1929-1930.
- CHAZEL. — *La mastite nécrosante*. Thèse Paris 1929.
- CHEATLE. — *La maladie de Paget*. British journal of surgery (Bristol) : T. XIII, Janvier 1926.
- CHIPAULT. — *Un cas d'hémorragie hystérique du sein*. Presse médicale : An. IV, N° 67, 15 Août 1896, p. 405-406.
- CHRISTMANN et FOUTEL. — *Considerationes sopra la mama sangrante y la enfermedad de Reclus*. Revista de la Asociacion medica Argentina : T. XLIV, N°s 307-308. Novembre, Décembre 1931, p. 765-774.
- CIMORONI. — *Sull valore sintomatico e pronostico dello scolo emorragico della mamella*. Tumori (Rome) : 1913 fasc. V, 1914 fasc. I-VI.
- CLAYE. — *Lactation associée à la mamelle sanglante*. The british medical journal (Londres) : N° 3823, 14 avril 1934, p. 665.
- CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Strasbourg, 3-5 octobre 1921. Rapport de MM. Forgue et Walther.
- CORNIL — *Les tumeurs du sein*. Alcan. édit. 1908.
- CORNIL et MOIROUD. — *Sur un cas d'association d'épithélioma du sein et de mastite syphilitique diffuse*. Revue médicale de France et des Colonies. An. VIII, N° 8, Août 1931, p. 488.

- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'histologie pathologique*. Alcan. édit. 1901-1912.
- CUTLER. — *Transillumination as aid in diagnosis*. Surgery, gynecology and obstetrics (Chicago) : XLVIII, Février 1929, p. 721-729.
- CUTLER. — *Rapports entre la mastite chronique, les kystes et les papillomes, et les cancers du sein*. Journal of the american medical association : Vol. XCIX, N° 26, 24 Décembre 1932.
- CUTLER. — *New method for treatment of bleeding nipple by radium implantation*. The american journal of røetgenology and radiumtherapie : XXXI-Juin 1934, p. 819-822.
- DAMBRIN. — *Diagnostic des tumeurs du sein*. Toulouse médical : An. XXIX, N° 3, 1^{er} Février 1928.
- DANTWITZ. — *Beitrag zur Radium behandlung der « blutende mamma »*. Strahlentherapie (Berlin) : XXXVIII-1930, p. 710-718.
- DELBET. — *In Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*. Tome VI, p. 121.
- DELBET. — *Mammite chronique en évolution ; les épithéliomas dendritiques intracaniculaires du sein* (Leçon recueillie par Laporte). Concours médical : An L-16 septembre 1928, p. 2643-2645.
- DELBET et HERRENSCHMIDT. — *Note sur un cas de Cancer hémophile*. Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer : T. XII-séance du 19 Novembre 1923, p. 664-670.
- DELBET et MENDARO. — *Les cancers du sein*. Masson édit. 1927, p. 94 et 184.
- DELREZ. — *Catarrhe chronique de la glande mammaire chez la femme*. Le scalpel et Liège médical (Liège) : T. LXV, N° 7, 18 Août 1912.
- DEMIRDJIAN. — *Contribution à l'étude de la valeur sémeiologique des écoulements sanguins par le mamelon*. Thèse Paris 1918.

- DICKINSON. — *The breast physiologically and pathologically considered with relation to bleeding from nipple*. The american journal of obstetrics and gynecology (Saint-Louis) : III-1922, p. 31-34 et 78-81.
- DOBKEVITCH. — *La maladie de Paget*. Thèse Paris 1926.
- DOGLIOTTI. — *Contribution à l'étude des papillomes intracanalculaires du sein chez la femme et chez l'homme*. Archivio italiano di chirurgia (Bologne) : T. XIV-fasc. 6, Décembre 1925, p. 621-640.
- DOOLITTLE. — *Bleeding nipple*. Medical record and annals (Houston) : XXI-Juillet 1927, p. 429-433.
- DUCUING. — *Statistique personnelle de 106 cas de cancer du sein traités par la chirurgie seule*. Journal de chirurgie T. XXXI, N° 6, Juin 1928, p. 814-826.
- DUPLAY et ROCHARD. — *Traité de diagnostic chirurgical*. Doin, édit. 1921.
- DUPUY (R-A). — *Les écoulements de sang par le mamelon*. Thèse Paris 1932.
- DUPUY DE FRENELLE. — *Pour diminuer les risques de cancer il y a intérêt à opérer précocement les lésions bénignes du sein*. Entente médicale : An. II, N° 10, 20 Mars 1938.
- DUVAL. — *De la sécrétion mammaire non puerpérale*. Thèse Paris 1897.
- EINAUDI. — *Hémorragies mammaires chez l'homme et chez la femme*. Ginecologia : IV-Mai 1938, p. 289-311.
- ELSCHANSKY. — *Sur les hémorragies qui se font par les glandes mammaires normales de la femme*. Société de chirurgie de Kieff : 28 Février 1910.
- ERDHEIM. — *Sur la signification clinique et les bases pathologiques des écoulements sanglants de la mamelle*. Archiv. für klinische chirurgie (Berlin) : II, N° 3, 1926, p. 366-412.
- ERDHEIM. — *Comment doivent être opérées les maladies de la mamelle s'accompagnant de sécrétion pathologique par le mamelon*. Zentralblatt für chirurgie (Leipzig) : T. LIV, N° 3, 15 Janvier 1927, p. 131-134.

- ESCOBAR. — *A proposito de un caso de hemorragia por el pezam.* Progreso de la clinica (Madrid) : T. XXXVIII, N° 9, Septembre 1930, p. 718-724.
- FALSIA. — *La mamelle sanglante ; un cas au cours de la grossesse.* La semana medica (Buenos-Aires) : An. XLIV, N° 1, 7 Janvier 1937.
- FISCHER. — « *Blutende mamma* ». Munchener Wochenschrift : LXV-1918, p. 308.
- FORSTENER et KUTTNER. — *Tabès et écoulement mammaire.* Brün's beitrage zur klinischen chirurgie (Berlin-Vienne) : 1909, p. 245).
- FOURNIER MARIE. — *Ecoulement sanglant par le mamelon et cancer.* Thèse Toulouse 1931.
- FRANCO. — *Les tumeurs du sein chez l'homme.* Clinica chirurgica T. XIX-1911, p. 2305.
- FRANK-KAMENETSKY. — *Un cas d'hémorragies par le mamelon.* Sovetskaia klinika (Moscou) : XIX-1933, p. 414-421.
- FREMICOURT. — *Etude sur les kystes végétants et l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques de la mamelle.* Thèse Lille 1908-1909.
- FROLOFF. — *Cas d'écoulement sanglant par le mamelon chez un homme.* Vestnik khirurgii imeni grekova (Lenin-grad) : T. XXII, N°s 65-66, 1931, p. 293-296.
- GAY. — *Case of hemorrhage from both breasts.* Transaction of medical society of London : XXXVII-1913-1914, p. 338.
- GIBERT. — *La radiothérapie des tumeurs végétantes intracanaliculaires du sein (épithélioma dendritique, mamelle sanglante).* La médecine : XVI, Juin 1935, p. 470-
- GRECO. — *Contributo allo studio della cosiddetta mammella sanguinante.* Ospedale maggiore (Milan) : XXI-Juillet 1933, p. 425-429.
- GRIMOUD et DE BRUX. — *Les hémorragies microscopiques des « mamelles saignantes ».* Toulouse médical : An XXXIII, N° 4, 15 Février 1932.

- GRYNFELT. — *Etude histologique d'un épithélioma intracanaliculaire hémorragique du sein*. Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer : T. XVII, séance du 16 Juillet 1928, p. 428-452.
- GRONWALD. — *Contribution à l'étude de la mamelle saignante*. Brun's beitrage zur klinischen chirurgie. T. CXLIV, N° 3, Octobre 1928, p. 336-385.
- GRONWALD. — *Le diagnostic entre le cancer et certaines maladies rares du sein*. Klinische wochenschrift : An X, N° 14, 4 Avril 1931, p. 641-645.
- GULLOTTA. — *La mamelle sanglante*. Il policlinico (sezione pratica) : An. XL, N° 26, 26 Juin 1933, p. 1010-1013.
- GUTLER. — *Apoptexie du sein*. The journal of the american medical association. Vol. LXXIII, N° 22, 31 Mai 1924, p. 1763-1764.
- HAMANT et CORRET. — *Que faut-il penser des écoulements de sang par le mamelon ?* Revue médicale de l'Est (Nancy) : T. LX, N° 24, 15 Décembre 1932, p. 931-935.
- HANDLEY SAMPSON. — *Mastite chronique*. The lancet : Vol. CCXXI, N° 5648, 28 Novembre 1931, p. 1169-1174.
- HART (DERYL). — *Tumeurs papillomateuses intrakystiques de la mamelle, bénignes et malignes (analyse de 124 cas)*. Archives of surgery : Vol. XIV, N° 4, Avril 1927, p. 793-836.
- HAVERLAND. — *Ecoulement de sang par le mamelon chez une primipare dès la fin de la grossesse*. Journal des sciences médicales de Lille : T. XXXIX, N° 13, 27 mars 1921.
- HAYWARD, WENDEL, STIEDER, WRIDE. — *A propos de la mamelle sanglante en particulier chez l'homme*. Zentralblatt für chirurgie : LV, N° 7, 28 avril 1928, p. 1053-1055.
- HENDRICK. — *La vraie mamelle saignante*. Der chirurg. : An. : III, Janvier 1931, p. 9-12.
- HICKEN, RUSSELL, BEST et HUNT. — *Ecoulements du mamelon ; leur signification clinique et leur interprétation mammographique*. Archives of surgery : Vol. XXXV, N° 6, Décembre 1937.

- HURTAUD. — *Des règles supplémentaires et déviées*. Thèse Paris 1896.
- HUSS MAGNUS. — *Cas remarquables de l'hémophilie*. Gazette médicale de Paris : T. XIV, N° 178, Octobre 1911.
- INGLEBY. — *Hemorrhage from nipple due to benign intramural polyp*. The lancet : CCXXV, 25 Novembre 1933, p. 1206.
- ISSERSHON. — *Un cas de catarrhe de la glande mammaire*. Chirurgia : T. XXX, N° 178, Octobre 1911.
- JACOULET. — *Les épithéliomas kystiques de la glande mammaire*. Thèse Paris 1911.
- JACOULET et MOURE. — *Les épithéliomas kystiques de la glande mammaire*. Archives générales de chirurgie : T. V, N° 2, 25 Février 1911, p. 121-138 et 280-299.
- JEANNENEY. — *Tumeur récidivante (6 fois) du sein. Adénofibrome végétant évoluant vers le sarcome*. Journal de médecine de Bordeaux : An. CX, N° 4, 10 Février 1933, p. 208.
- JEANNENEY et DUBARRY. — *Les écoulements de liquide sanglant par le mamelon*. Gazette médicale de France : T. XLIV, N° 6, 15 Mars 1937, p. 261-268.
- KAISER. — *La mamelle hémorragique doit-elle être opérée conservativement ou radicalement ?* Zentralblatt für chirurgie : T. LIV, N° 15, 9 Avril 1927, p. 905-910.
- KAMINSKY. — *Un cas particulier de mamelle sanglante*. Zentralblatt für gynakologie (Leipzig) : An. LVIII, N° 10, Mars 1934.
- KLAGES. — *La « mamelle sanglante » dans son rapport avec le cancer de la glande mammaire*. Archiv für klinische chirurgie : Vol. CLXVIII, fasc. 3 et 4, 2 Janvier 1932, p. 743-761.
- KLAGES. — *La mamelle sanglante*. Monatschrift für Krebsbekämpfung : An. I N° 3, mars 1933.
- KLOSE. — *La mamelle sanglante doit-elle être ou non opérée ?* Zentralblatt für chirurgie : T. LIII, N° 43, 23 Octobre 1926, p. 2708-2711.

- KLOSE. — *Réponse à Erdheim et à Rissak*. Zentralblatt für chirurgie : T. LIV, N° 3, 15 Janvier 1927, p. 136-138.
- KNOFBLACK et URBAN. — *Pathologie et traitement de la mamelle saignante*. Archives für klinische chirurgie : T. CL, fasc. 3, 15 Mai 1928, p. 355-382.
- KON. — *Étude anatomique et clinique de la mamelle saignante*. Mitteilengen über allgemein pathologie and pathologische anatomie (Sendai Japon) : T. VIII, 1933-1934, p. 231-246.
- KONDO. — *Case of hemorrhagic breast complicating pregnancy*. Japanese journal of obstetrique and gynecologie : XIV, Juin 1931, p. 233-235.
- KOPP. — *Les écoulements sanguins du mamelon*. Acta chirurgica scandinavica : Vol. LXII, fasc. 1-2, 28 juillet 1927, p. 115-133.
- KRAUSS. — *Über die doppelseitig blutende lakteriende mamma*. Zentralblatt für gynakologie : An. LV, N° 3, 17 Janvier 1931, p. 165-167.
- KRIWOROTOW. — *Pathogénie et traitement opératoire de la mamelle sanglante*. Sovetskaja chirurgija (Moscou) : N° 9, 1935, p. 114-120.
- KIZYPOW. — *Valeur séméiologique des écoulements anormaux par le mamelon*. Thèse Paris 1922.
- KUTHE. — *Mamelle saignante et suintante*. Zentralblatt für chirurgie : T. LVIII, N° 6, 8 Février 1930, p. 341-343.
- LABBÉ et COYNE. — *Traité des tumeurs bénignes du sein*. Masson, édit. 1876.
- LABRUNE. — *Epithélioma dendritique du sein*. Thèse Bordeaux 1893-1894.
- LAROYENNE, BOUGET, ROUSSET. — *Hémorragies mamelonnaires par adénomes diffus intracanaliculaires*. Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie : T. XXII, Janvier 1933, p. 61-66.

- LECÈNE et GALTIER. — *Remarques sur le traitement chirurgical des tumeurs végétantes intracanaliculaires du sein*. Journal de chirurgie : T. XXXI, N° 4, Avril 1928, p. 481-496.
- LECÈNE et LENORMANT. — *In Précis de pathologie chirurgicale*. T. III, p. 767, Masson édit.
- LÉE. — *Case of carcinoma of breast illustrating significance of bleeding nipple*. Surgical clinics of North America (Philadelphia) : XIII, Avril 1933, p. 421-422.
- LEJARS. — *In Exploration clinique*, p. 187. Masson édit. 1927.
- LENTHAL, CHEATLE. — *Altérations bénignes et malignes de l'épithélium des conduits galactophores*. The british journal of surgery : T. VIII, N° 31, Janvier 1921, p. 285-300.
- LEO. — *Sull epithelioma intracanicolare della mamella ; contributo anatomo-clinico*. Annali italiani di chirurgia (Naples) : An. III, fasc. 2, 1934, p. 111-139.
- LEEPER et BAKER. — *Papillome canaliculaire du sein*. The lancet : Vol. CCXXV, 4 Novembre 1933, p. 1031-1033.
- MAC DONALD. — *Etude anatomo-clinique des tumeurs du sein ; considérations sur la mastite chronique et les stades précancéreux*. The Glasgow medical journal : Vol. XXII, N° 7, Juillet 1924, p. 1-35.
- MARTIN. — *Contribution casuistique (hémorragies mammaires chez l'homme)*. Zentralblatt für chirurgie : T. VIII, N° 3, 18 Janvier 1930, p. 130-132.
- MASSIA et ROUSSET. — *Maladie de Paget du sein, avec tumeurs des conduits galactophores*. Bulletin de la société de dermatologie et de syphiligraphie : N° 1, Janvier 1930, p. 74-77.
- MATTINA. — *Contribution à l'étude étiopathogénique de la mamelle saignante*. La riforma medica (Naples) : An. XLIX, N° 47, 25 Novembre 1933, p. 1772-1783.
- MAZER. — *Endocrin glands in relation to anormal breast hyperplasies, with particular reference to associated nipple bleeding and its treatment (by sex hormones)*: Medical record (New-York) : CXL, 7 Novembre 1934, p. 476-480.

- MEYER. — *Conduite à tenir vis-à-vis des seins saignants*. Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie de Paris : T. XXII, Octobre 1933, p. 689-691.
- MICOTTI. — *La mamelle sanglante*. La clinica chirurgica : An. VIII, n. s. fasc. 4, Avril 1932, p. 442-455.
- MILLER et DEAN LEWIS. — *Signification de l'écoulement séro-hémorragique du mamelon*. The journal of the american medical association : Vol. LXXXI, N° 20, 17 Novembre 1923, p. 1651.
- MINTZ. — *Catarrhe de la glande mammaire* : X^e congrès des chirurgiens russes (St-Petersbourg), 19-22 Décembre 1910.
- MINTZ. — *Sur les écoulements sanguins de la glande mammaire* : Communication au XI^e congrès des chirurgiens russes (Moscou), Décembre 1911. In Roussky vratch : T. XI, N° 5, 4 Février 1912, p. 146-150.
- MINTZ. — *Zur pathologie and prognostischen bivertung der « serosen katarrhs der brustdruse and der blutende mamma »*. Zentralblatt für chirurgie : T. XXXIX, N° 10, 9 Mars 1912, p. 313-315.
- MINTZ. — *Est-on autorisé à préconiser l'ablation du sein dans le cas de mamelle saignante ?* Zentralblatt für chirurgie : An. LVII, N° 20, 17 Mai 1930, p. 1220-22.
- MINTZ. — *Sommes-nous en mesure de formuler un pronostic devant un sein saignant ?* Medizinische klinik (Berlin, Prague) : An. XXVIII, N° 6, 5 Février 1932.
- MOULONGUET et PAVIE. — *Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lecène recueillis par ses élèves*. Lésions du sein. T. I. p. 125, Masson édit. 1930.
- MOULONGUET et ROUSSET. — *Écoulements sanglants par le mamelon et ectasie généralisée des galactophores*. Journal de Chirurgie : T. XLIII, N° 4, Avril 1934, p. 488.
- NATHAN. — *Diagnostic précoce d'un néoplasme du sein par l'examen histologique de son suintement hémorragique*. La clinique : 16 Janvier 1914, p. 38-39.
- NELATON. — *Pathologie chirurgicale*. T. V. Baillière édit. 1882.

- NILS LIEBERG. — *Sur la maladie kystique du sein*. Acta chirurgica scandinavica : Vol. LXVIII, fasc. 4, 6 Octobre 1931, p. 368-425.
- NISCHYAMA ITSAHEI. — *A propos de la mamelle sanglante*. Okoyama igakkai zasshi : 1928, p. 1438-1448.
- NOEL et MARTIN. — *Tumeur du sein présentant une curieuse disposition périvasculaire des éléments tumoraux*. Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer : T. XV, séance du 15 Février 1926, p. 92-97.
- ORBACK. — *Blutende mamma*. Zentralblatt für chirurgie : An. LVII, N° 35, 16 Août 1930, p. 2060-2063.
- PAPE. — *Œuvres complètes*. Livre XVIII, chap. LXII, p. 986.
- PELTIER. — *Ecorlements sanglants par le mamelon*. Actualités médico-chirurgicales (Poitiers) : An. V, N° 6, Janvier 1934.
- PETIT DE LA VILLEON. — *Ecoulement noir par le mamelon*. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux : Séance du 3 Novembre 1911, p. 511-514.
- PHILIPOWICZ. — *La mamelle sanglante, maladie précancéreuse*. Zentralblatt für chirurgie : An. LX, N° 44, 4 Novembre 1933.
- PINEL. — « *Hématémèses* » ; Dictionnaire des sciences médicales 1817.
- PRIBAM. — *Blutende mamma*. Ergebnisse der chirurgie and orthopédie : T. XIII, 1921, p. 311.
- PRIBAM. — *Sur l'étiologie et le traitement de la mamelle saignante*. Zentralblatt für chirurgie : T. LIV, N° 3, 1927, p. 139-142.
- PRIBAM. — *Die pathologische bedeutung der blutende mamma*. Medizinische klinik : T. XXVII, 18 Décembre 1931, p. 1853-1855.
- RECLUS. — *La maladie kystique des mamelles*. Revue de chirurgie : T. III, 1883, p. 761-775.
- REYNIER. — *Les anomalies de la sécrétion de la mamelle*. Thèse Paris 1911-1912.

- RICHARD. — *Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein (l'écoulement par le mamelon)* : Revue médico-chirurgicale de Paris : T. XI, Janvier 1852, p. 18-29.
- RIES. — *Menstruation vicariante mammaire*. Prensa medica argentina : T. XVIII, 30 Avril 1932, p. 1602-1607.
- RISSAK. — *La mamelle saignante doit-elle être traitée par les méthodes conservatrices ou par l'opération radicale ?* Zentralblatt für chirurgie : T. LIV, N° 3, 15 Janvier 1927, p. 134-136.
- ROBLES et BANNO. — *La mamelle saignante*. Minerva medica : An. XXXIII, Vol. I, N° 1, Janvier 1932, p. 6-14.
- ROCHET-FRANCILLON. — *Intervention conservatrice pour mamelle saignante*. Lyon chirurgical : T. XXXII, 1935.
- RONCORONI. — *Un cas de mamelle saignante*. Boletines de la sociedad di cirugía de Rosario : T. 1, N° 9, Novembre 1934.
- RONCORONI. — *Mamelle sanglante*. Revista medica del Rosario : An. XXV, N° 2, Février 1935.
- ROS. — *Sémiologie de l'écoulement hématique par le mamelon*. Thèse Montpellier, 1913.
- ROUSSET. — *Les dyskératoses épithéliomateuses*. Thèse Lyon 1931.
- SALMON. — *La mamelle saignante. Quelques éléments de diagnostic*. Revue médicale de France et des Colonies N° 3-4, 1931, p. 172-180.
- SCHERWITZ. — *Contribution à l'histologie et au traitement de la mamelle sanglante avec considération particulière des résultats éloignés chez 20 malades*. Deutsche zeitschrift für chirurgie (Berlin) : T. CCXXXIX, fasc. 11-12, 6 Avril 1933, p. 677-691.
- SINHA et MUKHIRJA. — *Ecoulement par le mamelon*. The indial medical gazette (Calcutta) : T. LXIV, 1929, p. 149.
- STOVERS. — *Valeur des hémorragies ou des écoulements par le mamelon*. Surgery, gynecology and obstetrics : Vol. LXI, N° 4, Octobre 1935, p. 537-545.

- SUSSI. — *Mamelle sanglante*. Gazette internationale médico-chirurgicale : XXXIX, 15 Mai 1931, p. 289-292.
- TADDEI. — *Contributo allo studio della mamella sanguinante*. Clinica chirurgica : An. VIII, fasc. 7, Juillet 1932, p. 763-793.
- TANCELLIN. — *Les écoulements de sang par le mamelon avec ou sans modifications anatomo-pathologiques de la glande mammaire*. Thèse Paris 1924.
- TAPIE. — *De la valeur diagnostique des écoulements de sang par le mamelon*. Thèse Bordeaux 1924.
- TORKOMIAN. — *Un cas de sécrétion mélanique des deux seins*. Bulletin de l'académie de médecine de Paris : T. LXXI, N° 19, 12 Mai 1914, p. 661-663.
- TZOVARU. — *La mamelle saignante*. Revue de chirurgie : An. LII, N° 5, Mai 1933, p. 313-348.
- VANVERTS. — *L'écoulement de sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle*. Echo médical du Nord : XIV-1910, p. 319.
- VELPEAU. — *Traité des maladies du sein*, p. 524, Masson édit. 1854.
- VERNICCHI. — *Sur un cas d'épithélioma dendritique intracanaliculaire en voie de dégénérescence maligne, apparaissant sur une maladie kystique de la mamelle*. Rivista di chirurgia : An. II, N° 3, Mars 1936, p. 109-128.
- VINOKUR. — *La mamelle saignante*. Vestnick chirourgii imeni grekova : T.XXXVII, N° 105-106-107, 1035.
- VIRIOT et BARBET. — *Un cas de mamelle sanglante*. Boletin de la sociedad de obstetricia y ginecologia de Buenos Aires : XVI, N° 2, 12 Mai 1937.
- WAINWRIGHT. — *Treatment of bleeding breast*. The american journal of cancer (Lancaster) : XIX, Octobre 1933, p. 339-352.

WESCHLER (Mme) — *Contribution à l'étude des écoulements sanglants par le mamelon*. Thèse Paris 1933.

WEISSHAUPT. — *Ueber die blutende mamma*. Archives für gynakologie (Berlin) : CVII-1917, p. 466-483.

WOLPERS. — *Die « blutende mamma »*. Archiv für klinische chirurgie : T. CLXXIV, fasc. 3, 14 Mars 1933, p. 447-474.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	15
ETAT ACTUEL DE LA QUESTION	20
DIAGNOSTIC CLINIQUE	28
I L'écoulement	28
II Les signes surajoutés	31
III Les examens complémentaires	36
OBSERVATIONS	47
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE	97
I Fréquence	97
II Causes favorisantes	97
III Causes prédisposantes	99
IV Causes déterminantes	102
a) Adénome dendritique ou papillaire in- tracanaliculaire (dit Epithélioma den- dritique intracanaliculaire bénin) ...	103
b) Le fibro-adénome végétant intracanal- iculaire bénin	107
c) Ectasie généralisée des galactophores.	109
d) La maladie de Reclus.....	111
e) Le cancer	114
Maladie de Paget — Mastite chronique..	116
CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES	119
CONCLUSIONS	127
BIBLIOGRAPHIE	131

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE
DU
SALUT
PUBLIC
■ LYON
